

Aus der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses
für Chronisch- und Alterskranke Charlottenburg
Chefarzt Prof. Dr. med. Ingeborg Falck

Katamnesen nach Rehabilitation in der Geriatrie

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Uwe Machinek
aus Breslau

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Aus der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses
für Chronisch- und Alterskranke Charlottenburg
Chefarzt Prof. Dr. med. Ingeborg Falck**

Katamnesen nach Rehabilitation in der Geriatrie



Inaugural - Dissertation

**zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin**

**vorgelegt von
Uwe Machinek
aus Breslau**

1976

1. Referent: Prof. Dr. med. Ingeborg Falck

2. Referent: Prof. Dr. med. S. Kanowski



Gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der
Freien Universität Berlin

Promoviert am 2. Juni 1976

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	Seite 4
Methodik	Seite 9
Untersuchungsergebnisse	Seite 15
Diskussion	Seite 53
Zusammenfassung	Seite 59
Literaturverzeichnis	Seite 60

EINLEITUNG

Nachdem sich die Lebensbedingungen in den hoch industrialisierten Ländern während der vergangenen Jahrzehnte entscheidend verbessert hatten und die Medizin auf zahlreichen Gebieten große Fortschritte erzielen konnte, haben heute immer mehr Menschen die Chance, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Im gleichen Maße, wie als Folge dieser Entwicklung der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung in allen Industrieländern zugenommen hat, gewinnt die gesundheitliche Betreuung des alten Menschen eine immer größere Bedeutung. Der Anteil der Westberliner im Alter von 65 und mehr Jahren betrug 1970 21,2 %. 1980 wird er auf 23,3 % geschätzt (BERLINER STATISTIK, a)).

Das Problem der chronischen Krankheiten hat damit ebenfalls an Umfang und Bedeutung zugenommen, zumal es überwiegend die älteren Menschen betrifft. Dabei ist sowohl wesentlich, daß die Krankheit lange besteht oder das ganze Leben bestehen bleibt, als auch die Kombination der chronischen Krankheit mit Hilfsbedürftigkeit.

Hilfsbedürftigkeit und Selbständigkeit aber sind relative Begriffe, die im Zusammenhang mit bestimmten Handlungen definiert werden müssen. So kann man bei geriatrischen Patienten - grob eingeteilt - zwei Grade von Hilfsbedürftigkeit unterscheiden: Das ist einmal die Unmöglichkeit - durch somatische oder psychische Ursachen - einen Haushalt selbständig zu führen und zum anderen das Unvermögen, die notwendigen hygienischen Maßnahmen am eigenen Körper durchzuführen, die Mahlzeiten selbständig zuzubereiten und einzunehmen und das selbständige Fortbewegen.

Die Aufgabe einer Abteilung für Geriatrie ist die Diagnostik und Therapie der Erkrankungen betagter Patienten und die Vorbeugung und Verringerung ihrer Hilfsbedürftigkeit. Die Behand-

.

lung chronischer Leiden besonders alter Patienten wurde in der Medizin bisher als wenig erfolgversprechend angesehen und die Pflege oft ungeschultem Personal überlassen. Während in der Bundesrepublik Deutschland noch die Forderung nach Langzeitkrankenhäusern oder Abteilungen mit Rehabilitation für alte chronisch kranke Menschen erhoben wurde (DELIUS et al. 1962), lagen aus der Schweiz, England und den USA bereits mehrere Berichte über die Bewährung solcher Einrichtungen vor (HELLERSTEIN, HOMBERGER, JOSSELYN, KIELHOLZ, LONG et al., SIGLER, STEINMANN b), STEINMANN et al. a), VISCHER, ZÜLCH et al.).

Erst langsam wurde auch hier allgemein anerkannt, daß die Rehabilitation alter chronisch Kranker sinnvoll und sogar als ethische Verpflichtung anzusehen ist (GERCKE). So kommt auch der EUROPARAT - Ministerkomitee - zu der Feststellung, daß heute immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen und deshalb die Rehabilitation alter Menschen vom humanitären, ethischen und sozialen Standpunkt aus besonders untersucht werden muß, damit diese solange wie möglich ihre Selbständigkeit behalten und nicht vorzeitig zu einer schweren materiellen Belastung für die Gemeinschaft werden (EUROPARAT: Entschliebung 1970, 16).

Der geriatrische Patient zeichnet sich nicht nur durch das Alter und seine Neigung zur Hilflosigkeit aus, sondern zeigt noch weitere Besonderheiten gegenüber jüngeren Kranken. Während die Krankheitssymptome in der Regel mit einer Diagnose geklärt werden können, ist das bei über 65jährigen selten möglich. Hier müssen sehr oft mehrere Diagnosen gestellt werden, so daß man deshalb von der Poly- oder Multimorbidität im Alter spricht. Das erschwert die Diagnostik und macht die Therapie zu einem Kompromiß zwischen Möglichkeiten und Schwierigkeiten, die jede Krankheit für sich bietet (DALGLEISH und BOYD; ROSIN a)). Eine wesentliche Eigenschaft des geriatrischen Kranken ist seine oft überwältigende soziale Problematik. Das vorherige soziale Milieu kann z. B. bei

Aufnahme in ein Krankenhaus oder Altenheim verloren gehen: Die Wohnung muß aufgegeben werden, und er verliert den Kontakt zu Freunden, Nachbarn und im schlimmsten Fall auch zu den Verwandten. Diese sind, wenn es nicht die eigenen Kinder sind, meist selbst älter und behindert und bewältigen den weiteren Weg ins Krankenhaus nicht mehr so leicht.

Damit muß vor allem die soziale Umwelt stärker in die Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen werden (LEHR, THOMAE). Weiter hat sich die Gesellschaftsstruktur in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Die Großfamilie, die für ihre Alten selbst sorgte, existiert nicht mehr (STOSSBERG). So kann der Verlust der gewohnten Umgebung, die Aufgabe der täglichen Pflichten und Gewohnheiten zu schweren depressiven Zuständen und Abwehrreaktionen bei alten Menschen führen, die in Altenheime oder Krankenanstalten für chronisch und alte Kranke eingewiesen werden (SCHETTLER). Ihn aus dieser sozialen Isolierung herauszuführen, ist ebenso wichtig (RÜHLAND), wie die rein medizinische Rehabilitation.

Die medizinische Rehabilitation umfaßt einige diagnostische Sonderaufgaben, ein eigenes therapeutisches Verfahren und soziale Zielsetzungen (DELIUS et al.). Die sozialen Ziele sind nicht wie bei den Jüngeren auf die Wiederherstellung der Berufs- und Erwerbstätigkeit im Sinne der Sozialgesetzgebung sondern vielmehr auf die Erneuerung einer selbständigen Handlungsfähigkeit ausgerichtet (GEHLEN, ESTRAPÉ et al., DELIUS et al. und STÖRMER a)).

Das Städtische Krankenhaus für Chronisch-und Alterskranke auf dessen Innerer Abteilung die untersuchten Entlassenen unter diesen Vorstellungen rehabilitiert wurden, verfügt über eine krankengymnastische und eine beschäftigungstherapeutische Abteilung. Ihnen wird eine wesentliche Bedeutung in der Wiedererlangung der physischen und psychischen Handlungsfähigkeit beigemessen. Die Beratung und auch die Regelung der finanziellen Belange der Patienten nimmt der

.

fürsorgerische Dienst wahr. Er hat weiter die Aufgabe, mit den zur Entlassung Anstehenden rechtzeitig eine Besichtigung von Altenheim oder Wohnung durchzuführen, die nach Abschluß der Rehabilitation bezogen werden sollen. Damit will man, was die Heimunterbringung anbetrifft, ein rechtzeitiges Vertrautwerden mit der neuen Situation erreichen und Widerstände gegen ein Wohnen im Altenheim abbauen. Bei der Wohnungsbesichtigung achtet die Fürsorgerin darauf, daß sie altengerecht ist. Dort, wo das nicht der Fall ist, müssen entweder entsprechende Umbauten - die meisten betreffen die Heizung - vorgenommen werden, oder es wird eine neue Wohnung beschafft. Nach dem Bundessozialhilfegesetz sind die dafür erforderlichen Aufwendungen auch finanziell abgesichert. Bisher geht dieser Übergang von der intra- zur extramuralen Geriatrie noch nicht immer ohne Probleme vor sich. Daher ist geplant, zusätzlich eine geriatrische Tagesklinik zu errichten (DINSE et al.).

Da die Betreuung der Rehabilitierten in der Regel mit der Entlassung endet, kann vom Krankenhaus über den Rehabilitationserfolg nichts ausgesagt werden. So muß z. B. manchmal der in die Wohnung Entlassene schon kurze Zeit später wieder in ein Krankenhaus eingewiesen werden, weil er sich in der Häuslichkeit doch nicht mehr zurechtfindet. Aber durch die Rehabilitationsmaßnahmen soll ihm gerade ein längeres Verbleiben zu Hause gewährleistet werden.

Es ist aufgefallen, daß einige der als rehabilitiert Entlassenen schon nach kurzer Zeit wieder aufgenommen werden müssen. Hier scheint bei der Entlassung von ärztlicher Seite eine falsche Beurteilung in Bezug auf einen selbständigen Aufenthalt außerhalb der geriatrischen Klinik vorzuliegen. Die aber, deren Rehabilitationserfolg länger anhält, werden nicht erfaßt, so daß sich eine eher pessimistische Beurteilung einstellt.

Die Beurteilung eines anhaltenden Erfolges ist aber zum Zeitpunkt der Entlassung sehr schwierig. Denn der Patient, welcher in der ihm inzwischen vertrauten Umgebung des Krankenhauses gut zurechtkommt, physisch und psychisch stabilisiert ist und dann rehabilitiert entlassen wird, findet sich in der neuen Umgebung nicht immer zurecht. Eine intensive regelmäßige Pflege und Zuwendung fehlt jetzt oft. Die gefährliche Grenze zwischen intra- und extramuraler Altenfürsorge, wie sie auch in der Psychiatrie bekannt ist, wird auch in der Geriatrie erkennbar. Der Wechsel in eine neue Umgebung kann sogar zum Ausbruch cerebraler Verwirrtheitszustände und Psychosen führen oder eine Depression provozieren (BOVI, MÜLLER-FAHLBUSCH). Auf die Schwierigkeit von Heimbewohnern in der Eingewöhnungsphase weist FISSENI a) hin.

Im Städtischen Krankenhaus für Chronisch- und Alterskranke in Berlin-Charlottenburg ist man überzeugt, daß auch der alte chronisch Kranke Anspruch auf Rehabilitation hat, wenn sie dazu dient, ihn in seinem persönlichen Leben - z. B. die selbständige Körperpflege - wieder unabhängig von der Mithilfe anderer zu machen und ihm ermöglicht, mit der Umwelt in Kontakt zu bleiben, wie etwa die Wiederherstellung der Gehfähigkeit (FALCK c)).

Mit dieser Untersuchung sollen die oben erwähnten Beobachtungen objektiviert und Kriterien gefunden werden, um eine solche "unrealistische Entlassung" zu vermeiden (MAC LEOD). Erfolge und Mißerfolge der Rehabilitationsmaßnahmen werden deshalb im folgenden untersucht.

METHODIK

Als Ausgangsmaterial dienten die Krankengeschichten aller zwischen dem 1.1.63 und 31.12.73 entlassenen Patienten der Inneren Abteilung des "Städtisches Krankenhaus für Chronisch- und Alterskranke Charlottenburg". Über die Situation dieser Alterskranken, ihre Multiplizität der Leiden, die Verweildauer von 406 Tagen und den Altersdurchschnitt (78 Jahre) wurde bereits verschiedentlich berichtet (FALCK, a), b)).

Berücksichtigt wurden nur die Patienten, die entweder in ein Altenheim oder nach Hause gingen. In diesem Zeitraum wurden 781 Entlassungen in ein Altenheim oder die Wohnung durchgeführt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den Durchgang, die Zahl der Verstorbenen und alle Entlassungen über den oben genannten Zeitraum von 11 Jahren.

Tab. 1:

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Verstorbene	271	234	272	275	256	322	269	232	199	156	240
nach Hause oder in ein Altenheim entlassen	33	46	59	75	96	92	70	78	65	73	94
Gesamtdurch- gang	314	284	344	361	369	434	348	329	274	239	350

In den 11 Jahren konnten - bezogen auf den Durchgang von 3.646 Patienten - durchschnittlich 19 - 24 % Entlassungen erreicht werden.

Aus der Untersuchung herausgenommen wurden die Patienten, die kurzfristig wegen eines Erholungs- oder Krankenhausaufenthaltes der sie versorgenden Angehörigen einmal oder mehrfach stationär aufgenommen waren. Das betraf 53 Entlassungen bei 35 Patienten.

Den Krankenunterlagen wurden folgende Daten entnommen:

Name des Entlassenen

Geschlecht

Alter zum Zeitpunkt der Entlassung

Dauer des stationären Aufenthaltes

Krankheitsverlauf

Entlassungsdiagnosen

Sozialanamnese

Anschrift nach der Entlassung und Adressen von
Verwandten, Bekannten und Betreuern

Aus der Sozialanamnese wurden die folgenden Angaben entnommen, und soweit sie nicht aus den Krankenblättern zu entnehmen waren, durch Befragung der Entlassenen, der Angehörigen oder Betreuer zusätzlich erhoben:

Familienstand

Lebte er allein in der letzten Wohnung vor Einweisung ins Krankenhaus?

Falls nicht, mit wem lebte er zusammen?

Anzahl der Wohnräume

Hatte die Wohnung Küche, Bad, Ofen- oder Zentralheizung, mit Toilette innerhalb oder außerhalb der Wohnung?

Wohnte er zur Untermiete, bei Verwandten oder in der eigenen Wohnung?

Hatte er sich regelmäßig allein versorgt?

Falls nicht, durch wen wurde er versorgt?

Schul- und Berufsausbildung

Zuletzt ausgeübter Beruf

Hatte er bis zur Altersgrenze gearbeitet?

Falls nicht, Angabe der Gründe

Kinder inner- und außerhalb des Wohnortes

Höhe des monatlichen Einkommens

Da aber besonderes Gewicht auf die Lebensdaten nach der Entlassung gelegt werden sollte, war es wichtig, hierüber genaue Angaben möglichst vieler Entlassener zu erhalten.

Das war bei denen, die anschließend in einem Altenheim lebten, einfach. Sie konnten dort direkt aufgesucht werden. Falls sie verzogen, in Krankenanstalten verlegt oder verstorben waren, konnten dort die neuen Anschriften und bei Verstorbenen die der Angehörigen erfragt werden.

Bei den übrigen entlassenen Patienten wurde die aktuelle Anschrift bzw. das Todesdatum über die zentrale Meldestelle erfragt. So wurde auch bei den alten Menschen verfahren, die aus dem Heim verzogen waren, oder wo das Heim inzwischen aufgelöst war. Alle noch Lebenden wurden dann angeschrieben und, soweit sie in Berlin lebten, ein Besuchstermin in der Wohnung vereinbart.

Dem Anschreiben fügte man die umseitig folgenden Erhebungsbogen bei. Sie dienten auch beim Besuch in Altenheim oder Wohnung als Grundlage der Befragung. Die im Antwortschreiben erhaltenen Angaben wurden mit den aus dem persönlichen Gespräch gewonnenen verglichen, lückenhafte Angaben jetzt ergänzt und fehlerhafte korrigiert. War eine Befragung wegen cerebraler Minderleistung nicht sinnvoll, fand eine Befragung der Pflegepersonen statt. In den 32 Fällen, wo nach nochmaligem Anschreiben keine Antwort erfolgte, suchte der Untersucher die Betroffenen direkt auf.

Wohnen Sie in Ihrer jetzigen Wohnung allein ☐ nicht allein ☐
zusammen mit Angehörigen ☐ zur Untermiete ☐ im Altenheim ☐
Wieviel Zimmer hat die jetzige Wohnung?:
Küche ☐ Bad ☐ Außentoilette ☐ Innentoilette ☐ Fahrstuhl ☐ welche Etage?:
Versorgen Sie sich selbst ☐ oder werden Sie durch Angehörige ☐ Bekannte ☐
oder durch fremde Personen gegen Entgelt versorgt (z.B. Aufwartefrau) ☐

Fähigkeit zur Selbstversorgung

Ihr Sehvermögen: gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ blind ☐
Ihr Hörvermögen: gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ taub ☐

Fähigkeit Anweisungen Folge zu leisten

Kann die regelmäßige Erledigung des täglichen Lebens selbstständig durchführen ja ☐ nein ☐

Beweglichkeit:

Bettlägrig ☐

Kann im Stuhl oder Lehnstuhl mit Hilfe sitzen ☐

Im Rollstuhl beweglich mit Hilfe beim Aufsetzen ☐

Im Rollstuhl unabhängig vom Umtransport ☐

Unabhängiges Herumgehen ohne Stock ☐ mit Stock ☐ mit Gehstützen ☐

Der Gang ist sicher ☐ unsicher ☐

Fähigkeiten des täglichen Lebens:

a) Persönliche Hygiene:

Unfähig, irgendeine persönliche Hygiene durchzuführen ☐

In der Lage, die Hände und das Gesicht zu waschen ☐

Die persönliche Hygiene mit Hilfe durchzuführen ☐

Die persönliche Hygiene bei Überwachung durchzuführen ☐

Führt die gesamte persönliche Hygiene selbstständig durch ☐

b) Anziehen:

Vollständig von fremder Hilfe abhängig ☐

Ist in der Lage, Straßenkleidung mit Hilfe anzuziehen ☐

Zieht sich selbst unabhängig an ☐

Essen:

Ist nicht in der Lage, selbst zu essen ☐ benötigt Hilfe beim Essen ☐

Benötigt sprachliche Ermunterung beim Essen ☐ isst selbstständig ohne Hilfe ☐

c) Blasen-Funktion:

Kann den Urin nicht halten ☐ oder trägt einen Dauerkatheter ☐

Kann den Urin zeitweise am Tag und in der Nacht nicht halten ☐

Kann den Urin nur in der Nacht nicht halten ☐ volle Kontrolle über die Blasenfunktion ☐

d) Darmfunktion:

Keine Kontrolle über die Darmfunktion ☐ zeitweise keine Kontrolle ☐

volle Kontrolle ☐

Ein Besuch ist mir am gegenUhr angenehm Telefon Nr.:

Krankenhausaufenthalte nach Entlassung aus dem Stadt. Krankenhaus für Chronisch-
und Alterskranke Charlottenburg

Name des Krankenhauses (Innere oder chirurgische Abteilung)	Dauer des Aufenthaltes (falls möglich, genaues Datum)	Einweisungsgründe (Zum Beispiel Beschwerden oder Diagnosen)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? ja ☐ nein ☐ nur bei Bedarf ☐

Ärztliche Versorgung:

Der Hausarzt kommt bei Bedarf. ☐
Der Hausarzt kommt regelmäßig von allein. ☐
Angehörige oder Bekannte gehen für Sie zum Arzt (z.B. für Rezepte) ☐
Sie gehen selbst noch in die Sprechstunde des Arztes. ☐
Sie hatten noch keinen Kontakt zum Arzt seit Entlassung bei uns. ☐

Glauben Sie, daß sich Ihr allgemeiner körperlicher Zustand seit Entlassung bei uns deutlich
verschlechtert ☐ gebessert ☐ oder gleich geblieben ☐ ist.

Haben Sie noch regelmäßig Kontakt zu Verwandten ja ☐ nein ☐
zu Freunden oder Bekannten ja ☐ nein ☐
zu Mitbewohnern des Hauses ja ☐ nein ☐

Wie oft verlassen Sie die Wohnung zu Spaziergängen ☐ Besuchen ☐ Einkaufen ☐
fast täglich ☐ höchstens einmal wöchentlich ☐ fast nie ☐ nie ☐

Womit Beschäftigen Sie sich?:

Besuche bei Verwandten und Bekannten ☐ Radiohören ☐ Fernsehen ☐
Lesen ☐ Briefe schreiben ☐ Basteln ☐ Handarbeiten ☐ Hausarbeit ☐
Sonstiges ☐: Keine Beschäftigung ☐

Schulbildung: Volksschule ☐ Dorfschule ☐ Oberschule ☐ Berufsschule ☐

Berufsausbildung:

ausgeübte Berufe:

Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Beruf (Alter): Jahre

Grund: Altersgrenze ☐ Krankheit ☐ Eheschließung ☐ genügendes Auskommen ☐

Zahl der noch lebenden Kinder: Mädchen Jungen

Beruf dieser Kinder:
.....

War der Patient zum Untersuchungszeitpunkt verstorben, wurden die Personen, die ihn betreut hatten, mit einem entsprechenden Fragebogen angeschrieben. Es waren überwiegend Verwandte.

Bei Nicht- oder ungenügender Beantwortung mußte von den Standesämtern der Sterbeort (Wohnung oder Krankenhaus) erfragt werden. Waren sie im Krankenhaus verstorben, wurden diese um kurzfristige Überlassung der Krankenblätter gebeten.

Zusätzlich erfolgte ein Anschreiben an alle Hausärzte, an die Entlassungsberichte geschickt waren. Die Beantwortung, wenn sie erfolgte, war so lückenhaft, daß sie nicht in die Auswertung aufgenommen werden konnte.

Die Befragung der noch Lebenden erfolgte einmal zwischen dem 1.3. und 30.7.1972 und zum anderen vom 1.4. bis zum 1.7.1975.

Zum letztgenannten Zeitraum wurde erneut dem Schicksal derer, die bei der Erstuntersuchung lebten, nachgegangen und, soweit sie noch lebten, noch einmal befragt. Falls eine Aufklärung jetzt nicht mehr möglich war, bezog man diese Entlassenen nicht in die Untersuchung mit ein. Somit verblieben 600 entlassene Patienten, deren Schicksal nach der Entlassung geklärt werden konnte. Die so erhaltenen Daten wurden auf Randlockkarten übertragen und manuell ausgewertet.

Das Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Freien Universität Berlin beriet bei der Auswertung der Ergebnisse.

Die Signifikanzberechnung erfolgte nach dem χ^2 -Vierfelder-Test und dem χ^2 -Kontingenz-Test mit 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit. Alle selbst hier erhobenen Prozentangaben wurden nach der 95 %igen Vertrauensgrenze mit Hilfe der Binomialverteilung ermittelt.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

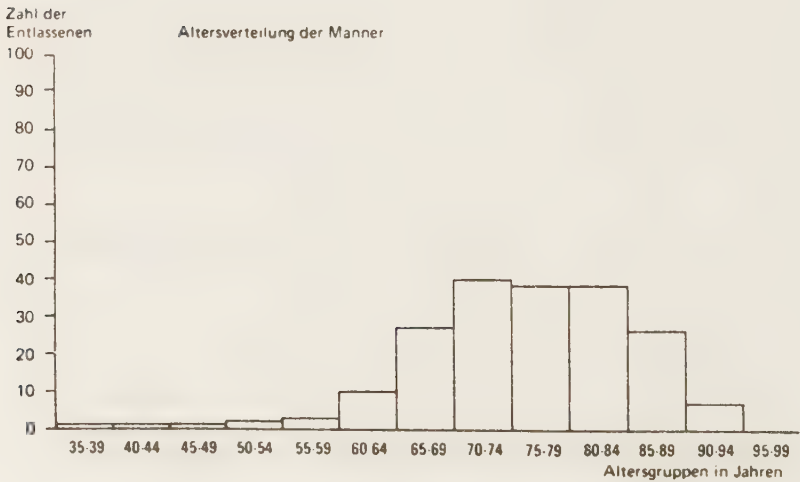
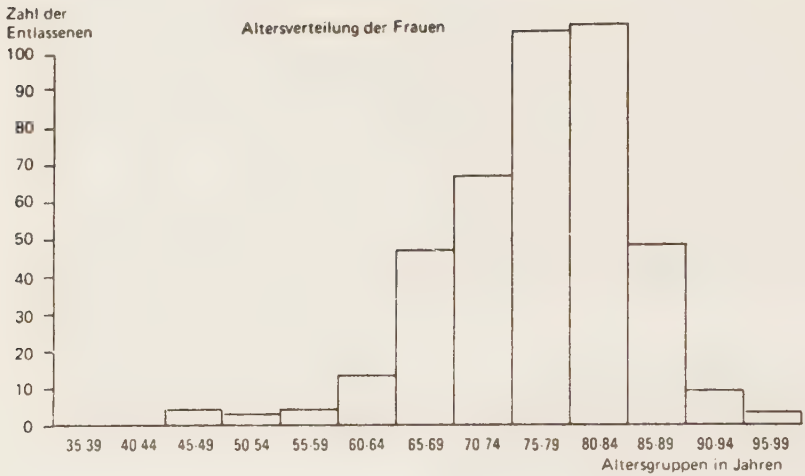
Von den 600 Untersuchten waren 194 Männer und 406 Frauen. Diese Geschlechtsverteilung entsprach genau der des Gesamtdurchganges der Jahre 1963 - 1967 (FALCK a)) und ungefähr der Geschlechtsverteilung der über 65jährigen Westberliner 1970/72 (BERLINER STATISTIK b)).

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Entlassung betrug bei den Männern 75,9 Jahre und bei den Frauen 76,8 Jahre. Auch hier zeigte sich kein Unterschied zum Gesamtdurchgang (FALCK a)).

Der jüngste Patient war 37, der älteste 98 Jahre alt. Die folgende Tabelle 2 zeigt die Altersverteilung aller Untersuchten getrennt nach Geschlecht, wobei das Alter auf das Entlassungsdatum bezogen wurde.

Die Entlassung aus dem geriatrischen Krankenhaus erfolgte nach einer Verweildauer von 225 Tagen, d. h., es dauerte zwischen 7 und 8 Monate bis die Rehabilitation der Patienten abgeschlossen war. Der Zeitraum wurde noch größer, wenn man die voll Rehabilitierten gesondert betrachtete. So betrug die Verweildauer der Frauen dieser Gruppe 236 Tage und die der Männer sogar 267 Tage. Dabei war weiter zu berücksichtigen, daß 492 Patienten bereits in anderen Krankenhäusern vorbehandelt wurden. Der Aufenthalt in diesen Kliniken betrug zusätzlich durchschnittlich 48 Tage. Somit betrug der gesamte Rehabilitationszeitraum aller im Schnitt 264 Tage. Das waren fast 9 Monate. Zum Vergleich betrug die Verweildauer in den Westberliner Krankenanstalten für chronisch Kranke bei einem Durchschnittsalter von 75 Jahren 413 Tage im Jahr 1970 (FALCK b)), d. h. aller Patienten, sowohl derjenigen, die verstarben als auch jene, die nicht mehr rehabilitierbar waren. So waren z. B. zu einer bestimmten Zeit 18 Patienten in dem Krankenhaus, die dort bereits mehr als 10 Jahre verweilten.

Tab. 2



Die Verweildauer in Akutkrankenhäusern betrug zum Vergleich 35 Tage bei alten Patienten, wobei Frauen 5 - 6 Tage länger behandelt wurden als Männer (GRIEGER). RUSTERMEYER nennt 41 Tage als mittlere Verweildauer (Durchschnittsalter 70 Jahre). Eine geriatrische Klinik, wie die von RUSTERMEYER, nahm aber vor allem Patienten mit Aussicht auf Rehabilitationserfolg auf, während hier unausgewählte Patienten mit schlechter Prognose aus anderen Krankenhäusern verlegt wurden. SCHOLER betont die Abhängigkeit vom Alter. In seiner Untersuchung an fast 1.000 Patienten verschiedener Krankenanstalten konnte er die längsten Behandlungszeiten bei 71 - 75jährigen ausmachen. Diese Altersabhängigkeit beschreibt auch STÖRMER b). RANG und ROSIN und BOYD gaben als Grund für eine längere Verweildauer Komplikationen während der stationären Behandlung an. Annähernd übereinstimmend stellten sie Komplikationen bei ca. 70 % der alten Patienten fest. BRÜSCHKE und Mitarbeiter hatten beobachtet, daß Angehörige die Wiederaufnahme in das häusliche Milieu verzögerten oder verweigerten und daß die Aufnahme in eine entsprechende Pflegeeinrichtung nicht immer sofort möglich war. Darin sahen sie zusätzlich einen Grund für die langen Krankenhausaufenthalte. Die Vorbereitung der Rückkehr in das häusliche Milieu sollte stärker in den ärztlichen Aufgabenbereich einbezogen werden. Die Wartezeit auf einen Platz in einem Altenheim war auch hier stets unnötig lang. Solche Beobachtungen machte auch CLARK.

Um die "Rehabilitationserfolge" zu beurteilen, war es erforderlich, das Schicksal möglichst aller Entlassener über einen längeren Zeitraum zu verfolgen. An Hand der Krankenblätter wurde zuerst der Erfolg der Rehabilitation bei der Entlassung definiert.

Als voll rehabilitiert galt der Patient, der altenheimfähig geworden war. Das heißt, er mußte wieder allein essen, sich allein anziehen, das Bett allein machen, allein die körperliche Hygiene durchführen und Treppen steigen können. Es

durfte in der Regel keine Inkontinenz vorliegen. Denn Harninkontinente, auch wenn sie Dauerkatheterträger waren, wurden von Altenheimen nicht aufgenommen. Da ein Dauerkatheter bei entsprechender Pflege aber keine wesentliche Beeinträchtigung in der Lebensführung darstellte, beurteilten wir solche Patienten auch als voll rehabilitiert. Es handelte sich dann immer um Entlassungen in die Wohnung. Nicht alle, die ins Altenheim entlassen wurden, konnten als voll rehabilitiert angesehen werden. Das betraf 14 Patienten, deren Ehepartner bereits im gleichen Altenheim wohnten und die zusätzlich anfallende Pflege übernahmen.

Teilweise rehabilitiert war der Entlassene, wenn er in der Wohnung nur mit Hilfe einer anderen Person existenzfähig war, aber keine durchgehende Aufsicht bzw. Pflege benötigte. So mußte er tagsüber in der Wohnung allein bleiben können.

Eine andere Gruppe hatte das Krankenhaus auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat verlassen. In der Regel waren es solche Kranke, bei denen ärztlicherseits die Ansicht vertreten wurde, daß der Gesundheitszustand sowie die soziale und besonders die Wohnsituation eine selbständige Lebensführung nicht ermöglichte, wo aber auf Grund der psychischen Situation die Einleitung einer Pflegschaft nicht vertretbar war.

Dazu kam noch eine vierte Gruppe, die nicht als rehabilitiert anzusehen war, bei der aber auf Grund einer geänderten familiären Situation die Betreuung zu Hause gewährleistet war und damit eine Entlassung befürwortet werden konnte.

Auch SUCHETT-KAYE und Mitarbeiter vertraten in ihrer Untersuchung an alten Patienten in England die Ansicht, daß bei gesicherten sozialen Verhältnissen auch dann eine Entlassung nach Hause sinnvoll war, wenn sie noch nicht voll rehabilitiert waren; ähnlich urteilte PFISTER. War der Patient diagnostisch abgeklärt und sein Krankheitsbild im Sinne einer Invalidität stationär geworden, waren solche betagten

chronisch Kranken in die Familie zu entlassen. Die häusliche Pflege, die den Kontakt mit dem Alltag aufrechterhielt, stimulierte die Gesundheit, auch wenn das Leben zu Hause beschwerlich war.

Die vier Gruppen setzten sich zahlenmäßig wie folgt zusammen:

Tab. 3:

Voll rehabilitiert	474 Patienten
Teilweise rehabilitiert	40 Patienten
Entlassen gegen ärztlichen Rat auf eigenen Wunsch	66 Patienten
Entlassen, da Angehörige die Pflege übernahmen	20 Patienten
Zahl aller Entlassenen	600 Patienten

Auf genaue Aufschlüsselung der einzelnen Erkrankungen wurde verzichtet, da sich die Krankheitserscheinungen der verschiedenen Organe bei der im Alter bestehenden Polymorbidität gegenseitig beeinflussten. Fast nie war es bei dem chronisch und alten Kranken eine Erkrankung allein, die den Gesundheitszustand so weit beeinträchtigte, daß eine Hospitalisierung erforderlich war.

Auf einen der hier untersuchten Patienten kamen durchschnittlich 6 Entlassungsdiagnosen. Bezogen auf den Gesamtdurchgang dieser Abteilung hatte jeder ca. 9 Diagnosen (FALCK b)). Die größere Zahl war wohl durch die zusätzliche Diagnosenfindung bei Verstorbenen, die seziert wurden (ca. 8 von 10 Verstorbenen 1974 und 1975), zu erklären.

Um aber einen groben Überblick zu geben, wurden die Entlassungsdiagnosen, welche im wesentlichen zur Behinderung beitrugen, nach der Häufigkeit aufgeführt.

Tab. 4:

Apoplektischer Insult	184 Patienten
Herz-, Kreislaufferkrankungen	181 Patienten
Degenerative Gelenkerkrankungen	166 Patienten
Frakturen, vorwiegend Schenkelhalsfrakturen	96 Patienten
Cerebrale Minderleistung verschiedenster Ursache	81 Patienten
Erkrankungen der Atemwege	63 Patienten
Diabetes mellitus	46 Patienten
Depressionen	32 Patienten
Harnwegserkrankungen	20 Patienten
Sonstige Krankheiten	19 Patienten

In die Wohnung wurden 243 der Untersuchten, in ein Altenheim 357 entlassen.

Die Tabelle 5 a) zeigt, wieviele Patienten wie lange nach der Entlassung noch zu Hause oder im Altenheim leben konnten, ehe sie entweder starben oder erneut hospitalisiert werden mußten. Krankenhausaufenthalte innerhalb dieser Zeit wurden nicht abgezogen, wenn wieder eine Entlassung erfolgte.

Es wurde darauf verzichtet, Überlebenszeiträume zu bestimmen, da ein als rehabilitiert Beurteilter schon bald nach der Entlassung erneut in ein Krankenhaus für chronisch Kranke eingewiesen werden und dort noch mehrere Jahre leben konnte. So hatte er zwar noch lange nach der Entlassung gelebt, die Rehabilitation war dennoch kein Erfolg.

Tabelle 5a

Zahl der Patienten, welche die aufgeführten Zeiträume ab Entlassung zu Hause oder im Altenheim verbrachten

b) a)	unter 4 Wochen	1 - 3 Monate	3 - 6 Monate	6 - 12 Monate	über 1 Jahr	über 2 Jahre	über 3 Jahre	über 4 Jahre	über 5 Jahre	über 6 Jahre	über 7 Jahre	über 8 Jahre	über 9 Jahre	über 10 Jahre	über 11 Jahre	Zahl der pro Jahr Entlassenen
1963	2	4	3	3	2	2	1	1	2						2	22
1964		3	4	3	7	3	4	4	3	4	2		1	1		39
1965	2	2	2	4	10	5	5	2	6	1	4		4			47
1966	4	3	9	7	7	9	6	7	3	3	1	2	1			62
1967	4	4	6	10	15	6	6	5	3	3	3	1				73
1968	9	3	3	4	12	15	8	5	4	6	7					76
1969	6	1	3	3	12	6	7	6	5	3						52
1970	2	1	2	6	10	7	5	11	6							50
1971		6	3	10	7	3	12	4								45
1972	6	4	6	5	12	15	7									55
1973	5	5	3	15	40	11										79
Summe	40	40	44	70	134	82	61	48	32	20	17	3	6	1	2	600

a) Entlassungsjahr

b) Zeiten, die von den Pat. in der Häuslichkeit (Altenheim o. Wohnung) verbracht wurden

Wurde ein Patient also in ein Krankenhaus eingewiesen, wo er entweder starb oder von dort auf eine chronische Abteilung verlegt oder zum Stichtag (1.4.75) noch dort lag, so war mit dem Aufnahmetag in das Krankenhaus der oben definierte Zeitraum beendet. Dabei mußte auch unberücksichtigt bleiben, daß sicher auch einige der im Krankenhaus Angetroffenen später wieder nach Hause entlassen wurden.

Es war für alle 600 damit mindestens ein Jahr und drei Monate seit der Entlassung vergangen.

40 von ihnen mußten bereits innerhalb von 4 Wochen wieder hospitalisiert werden oder waren verstorben. Weitere 40 waren zwischen 1 - 3 Monaten erneut hospitalisiert bzw. verstorben. 44 verblieben 3 - 6 Monate und 70 Patienten 6 - 12 Monate zu Hause oder im Altenheim.

Innerhalb eines Jahres waren also 194 Entlassene entweder verstorben oder erneut hospitalisiert. 406 aber lebten nach einem Jahr noch zu Hause oder im Altenheim. Das waren 64 - 72 % nach der 95 %igen Vertrauensgrenze (Binomialverteilung), siehe Tabelle 5 b).

Tab. 5 b):

In Altenheim o. Wohnung nach Entlassung gewohnt	Frauen	Männer	Frauen und Männer
über ein Jahr	284=65-74%	122=53-67%	406=64-72%
unter ein Jahr	122=26-35%	72=31-45%	194=28-36%
davon 6-12 Monate	43= 8-14%	27=10-20%	70= 9-15%
3- 6 Monate	30= 5-11%	14= 4-12%	44= 5-10%
1- 3 Monate	21= 3- 8%	19= 6-15%	40= 5- 8%
unter 1 Monat	28= 5-10%	12= 3-11%	40= 5- 8%

Andere Untersucher beschrieben ähnliche Ergebnisse. So stellte AMULREE fest, daß 6 Monate nach Entlassung aus einer geriatrischen Abteilung 26 % verstorben waren. BROCKLEHURST et al. a) beobachteten, daß von 200 Entlassenen nach einem Jahr 28 % und nach zwei Jahren 45 % verstorben waren. Nach CURRAN und FERGUSON waren von 705 über 65jährigen einer Inneren Abteilung 2 Jahre nach Entlassung 42 % verstorben. SILVER und ZUBERI gaben an, daß von 455 entlassenen geriatrischen Patienten nach 2 Jahren 49 % nicht mehr lebten. NISBET nannte 32 %, die ein Jahr nach Entlassung gestorben waren. Dabei ist zu berücksichtigen, daß diese Untersucher Überlebenszeiträume angaben. Damit war ein genauer Vergleich nicht möglich. Aus Tab. 5 a) ging weiter hervor, wieviele zwischen 2 und 11 Jahren nach der Entlassung noch zu Hause bzw. im Altenheim wohnten.

So lebten von 521 Patienten, deren Entlassung über 2 Jahre zurücklag, noch die Hälfte (261) in der Häuslichkeit (Altenheim oder Wohnung). Der am weitesten zurückliegende Entlassungstermin betraf die im Jahre 1963 Entlassenen. Es waren 22, von denen noch 2 zu Hause angetroffen wurden.

Tab. 3 c) zeigt, wie groß die Zahl der Patienten war, die über ein bis zehn Jahre außerhalb von Pflegeheim und Krankenanstalt lebten.

Die Entlassung lag zurück:

über 1 Jahr bei 600 Patienten:	406 = 64 - 72 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 2 Jahre bei 521 Patienten:	261 = 48 - 56 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 3 Jahre bei 466 Patienten:	183 = 32 - 40 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 4 Jahre bei 421 Patienten:	125 = 28 - 37 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 5 Jahre bei 371 Patienten:	75 = 16 - 24 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 6 Jahre bei 319 Patienten:	46 = 12 - 20 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 7 Jahre bei 243 Patienten:	22 = 6 - 13 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 8 Jahre bei 170 Patienten:	11 = 3 - 11 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 9 Jahre bei 108 Patienten:	8 = 3 - 14 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung
über 10 Jahre bei 61 Patienten:	3 = 1 - 14 %	lebten noch in Altenheim oder Wohnung

Im folgenden sollte untersucht werden, wovon ein längerer oder kürzerer Verbleib in häuslicher Umgebung abhängig war. Dafür war es wichtig, die soziale Schichtung der Untersuchten zu kennen und zu wissen, wie die Betreuung vor und nach Entlassung aussah.

Nach SILVER und ZUBERI beeinflussten die sozialen Verhältnisse stark ein längeres Verbleiben zu Hause. Personen mit höherem Einkommen hatten in der Regel die besseren Wohnungen und konnten sich eine zunehmend schwierigere Pflege länger leisten. Auch für die Angehörigen war das eventuell ein Anreiz, die Pflege länger zu übernehmen und so den Zeitpunkt der Verlegung in ein Pflegeheim hinauszuschieben.

BLUME a), b) stellte in seinen Untersuchungen "Alte Menschen in einer Großstadt" und "Subjektiver Gesundheitszustand und sozialer Status im höheren Lebensalter" eine Beziehung zwischen Krankheit und Einkommen fest: "Bezieher der höchsten Einkommen gehen am seltensten, Bezieher der niedrigsten Einkommen am häufigsten zum Arzt." Die Angabe der Befragten über "chronische Leiden" ging eine direkte Beziehung mit der Einkommenshöhe ein. Es wurde eine Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheitszustand, zwischen sozialer Schicht und Krankheit aufgezeigt. LAST a) betonte, daß eine negative Änderung des sozio-ökonomischen Status und der sozialen Aktivität beschleunigend auf die psychische und schließlich auch die physische Dekompensation einwirkten. Je niedriger die soziale Herkunft eines alten Menschen und sein erreichter Lebensstandard, desto höher die Wahrscheinlichkeit, daß er unter Alternsbeschwerden und chronischen Krankheiten leiden würde, und desto eher mußte er seine Wohnung aufgeben.

Zur Erfassung der sozialen Verhältnisse der hier Untersuchten standen folgende Angaben zur Verfügung:

Familienstand
Schulbildung
Zuletzt ausgeübter Beruf
Dauer der Berufsausbildung
Einkommen zum Zeitpunkt der Entlassung
Wohnverhältnisse vor Aufnahme und nach Entlassung
Häusliche Betreuung
Lebende Kinder am Wohnort oder außerhalb davon und
der Wohnungswechsel nach Entlassung.

Die 250 Personen, die besucht werden konnten, wurden danach befragt und untersucht,

wie oft sie Wohnung oder Altenheim verließen,
ob und zu wem regelmäßiger Kontakt bestand,
womit sie sich beschäftigten,
wie die hausärztliche Versorgung aussah,
wie der Gesundheitszustand eingeschätzt wurde und
ob sie sich noch selbst versorgen konnten.

Familienstand

Tab. 6:

	Männer (194)	Frauen (406)	Männer und Frauen (600)
verheiratet	64	34	98
ledig	25	58	83
geschieden oder vom Ehepartner getrennt lebend	18	35	53
verwitwet	87	279	366

Es fiel auf, daß mehr Männer (64 = 27 - 41 %) als Frauen (34 = 6 - 12 %) verheiratet und mehr Frauen (279 = 65 - 74 %) als Männer (87 = 39 - 53 %) verwitwet waren. LINGESLEBEN gab eine ähnliche Verteilung der Stadtbevölkerung (Bundesrepublik Deutschland, 1966) der über 65jährigen an. Allerdings lag der Anteil der Ledigen beiderlei Geschlechts niedriger (Männer 2 %, Frauen 10 %) und der Anteil der verheirateten Männer höher (80 %). In den Niederlanden fand MUNNICHs bei 565 Alten einer Großstadt weniger Verheiratete, die mit ihren Kindern lebten, als Alleinstehende. 12 % der Witwer und 37 % der Witwen wohnten allein. 35 % der Untersuchten lebten mit ihren Kindern in einer Wohngemeinschaft.

Schulbildung

Tab. 7:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Volksschule	170	377	547
Berufsschule	12	13	25
Oberschule	12	16	28

Zuletzt ausgeübter Beruf

Tab. 8:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
angelernter Arbeiter	59	195	254
Facharbeiter	55	26	81
Angestellter, Beamter	57	83	140
selbständige oder freie Berufe	21	27	48
nur im eigenen Haushalt gearbeitet	-	72	72
nicht gearbeitet	2	3	5

Der Anteil der angelernten Arbeiter lag mit 38 - 46 % hier besonders hoch. ROSENMAYR und KÖCKEIS nannten ihren Anteil mit 26 % bei Bewohnern Wiener Altenheime.

Dauer der Berufsausübung

Tab. 9:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
gearbeitet bis zur Altersgrenze	125	98	223
vorzeitig wegen Krankheit aufgehört	65	74	139
vorzeitig wegen Eheschließung aufgehört	-	117	117
vorzeitig aus anderen Gründen aufgehört	2	45	47

Die 72 Frauen, die nur im eigenen Haushalt gearbeitet hatten, waren nicht aufgeführt.

Einkommen zum Zeitpunkt der Entlassung

Tab. 10:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
keine eigene Rente	22	56	78 (11 - 16 %)
eigene Rente und/oder zusätzlich Sozialunterstützung	111	256	367 (58 - 66 %)
Selbstzahler	61	94	155 (22 - 29 %)

Eine genaue Differenzierung nach monatlichem Einkommen in DM-Beträgen war nicht möglich, da die Renten, um miteinander verglichen werden zu können, auf ein einheitliches Datum hätten hochgerechnet werden müssen. Dazu fehlten die Rentenbemessungsgrundlagen.

Als Selbstzahler wurde ein Patient eingestuft, wenn sein monatliches Einkommen über dem monatlichen Krankenhauspflegesatz lag.

Die zweite Gruppe mit eigener Rente hatte ein monatliches Einkommen unter dem Krankenhauspflegesatz. Diejenigen ohne eigene Rente waren alle Sozialhilfeempfänger. In der folgenden Tab. sind die monatlichen Pflegekosten und die Sätze der Sozialhilfeunterstützung für alle Entlassungsjahrgänge aufgeführt. Die Summen bezogen sich jeweils auf den 1. Januar des betreffenden Jahres (DM-Beträge aufgerundet). Die Sozialhilfe errechnete sich aus dem Satz für den Einpersonenhaushalt zuzüglich 30 % für über 60jährige.

Tab. 11:

	Sozialhilfesatz	Krankenhauspflegekosten
1963	DM 147	DM 413
1964	DM 150	DM 435
1965	DM 156	DM 488
1966	DM 166	DM 488
1967	DM 179	DM 570
1968	DM 179	DM 653
1969	DM 179	DM 720
1970	DM 186	DM 822
1971	DM 212	DM 1.071
1972	DM 234	DM 1.167
1973	DM 267	DM 1.602

1974 und 1975 stiegen die Krankenhauspflegesätze im Sinne der Kostenexplosion auf monatlich DM 2.495 und DM 2.561 (ab 1.10.1975). BLUME c), der die Einkommensverhältnisse 1964 in Düsseldorf und Stuttgart untersuchte, fand, daß alleinstehende Frauen das geringste Einkommen hatten. 20 % hatten weniger als DM 200 und 42 % weniger als DM 300 monatlich zur Verfügung. FALCK a) hat dies auch bereits bei diesen Patienten des Städtischen Krankenhauses für Chronisch- und Alterskranke festgestellt.

Die Lebenshaltungskosten 1962 betrugen für die zweiköpfige Rentnerfamilie monatlich DM 311; 1969 bereits DM 408, 1970 DM 424 und im Oktober 1971 DM 449. Sieben von zehn Westberlinern im Alter von 65 und mehr Jahren deckten ihren Unterhalt gar nicht oder nicht voll aus eigenen Einkünften. Besonders stark betroffen waren die alleinstehenden Frauen (SENATOR FÜR ARBEIT UND SOZIALES - Altenhilfebericht).

Wohnverhältnisse vor Krankenhausaufnahme

Tab. 12:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
allein in der Wohnung lebten	81	234	315
die Wohnung hatte einen Wohnraum	68	186	254
die Wohnung hatte zwei Wohnräume	87	111	198
die Wohnung hatte drei oder mehr Wohnräume	23	51	74
im Altenheim wohnten	17	58	75
zur Untermiete wohnten	22	21	43
die Wohnung war zentralbeheizt	23	54	77
sie hatte ein Bad	96	150	246
die Toilette lag außerhalb der Wohnung	62	124	186
das Haus besaß einen Fahrstuhl	4	15	19

Der Anteil der allein lebenden Männer betrug 36 - 50 %, der der allein wohnenden Frauen war mit 53 - 62 % noch höher. Insgesamt lebten über die Hälfte der Entlassenen allein. Dieser hohe Anteil bestätigte den Trend zur Kernfamilie, in welcher der alte Mensch seinen Platz verlor. STOSSBERG und HARMSSEN gaben folgende Zahlen an: Nach der 1 %igen Wohnungserhebung des Statistischen Bundesamtes 1960 lebten von den über 65jährigen des Bundesgebietes 10 % der Männer und 29 % der Frauen - zusammen 21 % - allein.

1971 waren es bereits 36,1 % (BLEUEL). MUNNICHs nannte für die Niederlande 14 %.

Wie wenig altengerecht die Wohnungen vor Aufnahme ins Krankenhaus waren, war daran zu sehen, daß nur 77 (11 - 16 %) zentralbeheizte Räume und nur 19 (2 - 5 %) einen Fahrstuhl zur Verfügung hatten. Bei 186 Patienten (27 - 35 %) lag die Toilette außerhalb der Wohnung.

ROSENMAYR und KÖCKEIS b) betonten die Wichtigkeit der Raumbeheizung gerade für bejahrte Menschen. Die dort Untersuchten hatten keine zentralbeheizten Wohnungen. In einer Westberliner Befragung von 1965 wurde aufgezeigt, daß 17 % der über 65jährigen ein Bad und eine Sammelheizung zur Verfügung hatten. Bei 30 % lag die Toilette außerhalb der Wohneinheit (DEININGER).

Häusliche Versorgung, außer der im Altenheim Wohnenden,
vor Krankenhausaufnahme -----

Tab. 13:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
ganz allein versorgten sich	62	181	243
regelmäßig durch den Ehepartner	50	44	94
regelmäßig durch Verwandte	39	81	120
regelmäßig durch Bekannte oder Freunde	16	19	35
regelmäßig gegen Entgelt durch fremde Personen	10	23	33

36 - 44 % versorgten sich ausschließlich allein. Dabei waren verhältnismäßig mehr Frauen als Männer betroffen. In England, d. h. in Edinburgh, waren 5 von 200 alleinstehenden Alten

durch den Sozialdienst der Gemeinde (District Nursing Service) betreut worden. Aber 76 weitere (26 Männer und 50 Frauen) hätten noch dringend betreut werden müssen (WILLIAMSON und Mitarbeiter).

Noch lebende Kinder besaßen

Tab. 14:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
am Wohnort (Westberlin)	72	136	208
nur außerhalb des Wohnortes	19	32	51

Aber nur 98 (13 - 19 %) Entlassene wurden regelmäßig durch ihre Kinder betreut. Von 110 Patienten lebten noch ein oder mehrere Kinder am Wohnort. Die Betreuung der chronisch kranken Eltern hatten sie aber nicht übernommen. BROCKLEHURST und SHERGOLD b) beschrieben, daß von 200 entlassenen geriatrischen Patienten 30 % von ihren Kindern betreut wurden, mit denen sie auch zusammenlebten. 18 % mußten sich allein versorgen. Nach GLEISNER wurde das Verhältnis zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern - bei Pflegebedürftigkeit der Eltern - durch das Verhältnis, das vor Erkrankung bestand, bestimmt. Besonders deutlich wurde das, wenn die Eltern anfangen, psychologische oder finanzielle Hilfen von ihren Kindern zu verlangen. Interessant war dabei die Feststellung von KULENKAMPPF, der das Verhalten der Kinder zu den chronisch kranken Eltern untersucht hatte. Je höher der Sozialstatus der Eltern, desto besser war die Versorgung durch die Kinder.

Die Patienten des Städtischen Krankenhauses für Chronisch- und Alterskranke Charlottenburg kamen alle aus den unteren sozialen Schichten. Wie aber sah die Versorgung nach der Entlassung aus?

Versorgung nach Entlassung

Tab. 15:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
allein versorgten sich	14	26	40
überwiegend oder nur:			
durch Angehörige	29	67	96
durch Ehepartner	35	17	52
durch Bekannte/Freunde	7	16	23
durch fremde Personen gegen Entgelt versorgt wurden	10	22	32
im Altenheim lebten	99	258	357

Der Vergleich mit der Betreuung vor Aufnahme ins Krankenhaus zeigte, daß noch 40 von ihnen ohne regelmäßige Betreuung waren. Davor waren es 243 oder 36 - 44 % gegen danach 5 - 9 %. Sie wurden überwiegend in Altenheime entlassen. Es fiel auf, daß nur noch 52 gegen vorher 120 durch den Ehepartner versorgt wurden. In 37 Fällen ging das Ehepaar nach Entlassung des Partners gemeinsam ins Altenheim. Bei 14 Patienten war der Ehepartner inzwischen verstorben. Die übrigen 17 Betagten wurden jetzt durch andere Personen betreut.

Weiter wurde untersucht, wie groß die Zahl derer war, die zuerst in die eigene Wohnung oder zu Verwandten entlassen

und später in ein Heim umgezogen waren. Dann interessierte, wie häufig ein Wohnungswechsel vorkam. Im folgenden wurde das aufgeführt.

Wohnungswechsel nach Entlassung

Tab. 16:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
gewechselt vom Altenheim in die eigene Wohnung oder zu Verwandten	6	12	18
gewechselt von der Wohnung ins Altenheim	10	15	25
gewechselt von einer Wohnung zur nächsten: einmal	26	39	65
zweimal	6	3	9

Die Gründe für den Wechsel von der eigenen Wohnung ins Heim waren nicht von allen 25 Personen bekannt. Bekannt war von allen nur die Versorgung vor dem Wechsel. 15 hatten sich vorher ganz allein versorgen müssen. Zwei wurden durch Bekannte, einer durch den Ehepartner und sieben durch Angehörige betreut.

Im Durchschnitt waren sie 9 Monate in der Wohnung geblieben, ehe sie ins Heim wechselten. Nur 3 dieser Gruppe, die ohne Betreuung in der Wohnung lebten, zogen innerhalb von zwei Monaten in ein Altenheim. Sie konnten sich nicht mehr ausreichend selbst versorgen und blieben ohne Hilfe. In diesen drei Fällen war die Entlassung in die eigene Wohnung nicht sinnvoll gewesen bzw. hatte ein Versagen der betreuenden Person vorgelegen. Die extramurale Altenfürsorge funktionierte hier nicht.

Von den 18 Personen, die vom Altenheim in die eigene Wohnung oder zu Verwandten zogen, versorgten sich nach dem Wechsel 10 allein, 7 wurden durch Angehörige und eine durch Bekannte versorgt. 15 von diesen konnten besucht werden. Darunter waren 9 von den 10, die sich ganz allein versorgten. Sie gaben an, die Verrichtungen des täglichen Lebens auch allein zu schaffen.

250 Patienten wurden aufgesucht und befragt. Seit der Entlassung waren mindestens ein Jahr und drei Monate vergangen. 60 wurden in der Wohnung, 157 im Altenheim und 33 im Krankenhaus angetroffen. 62 waren Männer, 188 Frauen. Bei 18 weiteren noch Lebenden war eine Befragung wegen cerebraler Minderleistung nicht sinnvoll, oder sie lebten außerhalb Berlins. Durch persönliche Befragung wurde festgestellt,

ob und wie oft die Wohnung noch verlassen wurde,
womit sie sich beschäftigten,
zu wem sie noch regelmäßig Kontakt hatten,
wie die hausärztliche Versorgung aussah,
wie der Krankheitszustand eingeschätzt wurde sowie
die Fähigkeit zur Selbstversorgung.

Verlassen von Wohnung oder Altenheim

Tab. 17:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Wohnung/Altenheim wurden			
nie	18	93	111
fast nie	8	37	45
höchstens einmal wöchentlich	14	30	44
täglich oder fast täglich verlassen	22	28	50

Auffällig hoch war die Zahl derer, die angaben, die Wohnung nie zu verlassen (38 - 50 %).

Freizeitbeschäftigung und Hausarbeit

Tab. 18:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
keine Beschäftigung	9	13	22
Besuche, Spaziergänge	17	36	53
Lesen, Radio hören, Fernsehen	52	169	221
Basteln, Handarbeit	-	8	8
Hausarbeit	5	40	45

6 - 13 % sagten, sie gingen keiner besonderen Beschäftigung nach. 83 - 92 % verbrachten ihre Freizeit mit Lesen, Radio hören oder Fernsehen.

SCHMITZ-SCHERZER a) gab als die am häufigsten ausgeübten Freizeitbeschäftigungen bei 220 älteren Leuten Zeitung lesen (73 %), Spazierengehen (55 %) und Radio hören (54 %) an. Ähnliche Ergebnisse brachte eine Untersuchung von über 65jährigen im Ruhrgebiet. 24,4 % gaben an, öfter nichts zu tun (SCHMITZ-SCHERZER b)). 79 % männliche Altenheiminsassen schilderten, daß ihr Tagesablauf aus Ruhen, Dösen, Schlafen und Nichtstun bestand (SCHMITZ-SCHERZER c)). ROSENMAYR und KÖCKEIS c) geben ähnliche Häufigkeitsverteilungen an.

Soziale Kontakte

Tab. 19:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Regelmäßiger Kontakt bestand überwiegend zu			
Verwandten	36	90	126
Bekannten, Freunden	5	30	35
Mitbewohnern des Hauses	8	30	38
keinen oder nur selten Kontakt hatten	13	38	51

19 - 26 % hatten keinen oder nur selten Kontakt.

DIEKERSHOFF schilderte, daß 25 % der alleinstehenden Männer überhaupt nicht mehr besucht wurden. Ehemalige Arbeiter und ihre Witwen waren mit 24 % betroffen gegenüber vergleichsweise 9 % der früheren Beamten.

Da sich das hier untersuchte Patientenkollektiv aus Angehörigen der unteren sozialen Schichten zusammensetzte, entsprachen diese Zahlen denen von DIEKERSHOFF.

Hausärztliche Versorgung

Tab. 20:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
der Hausarzt kam bei Bedarf	22	61	83
er kam regelmäßig von allein	21	80	101
Patient ging selbst zu ihm	6	9	15
Patient hatte keinen persönlichen Kontakt zum Hausarzt seit der Entlassung	13	38	51

51 (19 - 30 %) chronisch Kranke hatten seit der Entlassung noch keinen Kontakt zum Hausarzt gehabt. BROCKLEHURST und SHERGOLD a) beschrieben, daß von 455 Patienten 37 % einen Monat nach Entlassung noch keinen Kontakt zum Hausarzt hatten. In einem Beitrag zur häuslichen Situation entlassener Apoplektiker untersuchten BÖGER und FLOTHO unter anderem die hausärztliche Versorgung von 60 Entlassenen der Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren. Ca. 10 % hatten nach durchschnittlich 16 Monaten noch keinen Kontakt zum Hausarzt.

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

Tab. 21:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Der allgemeine Gesundheitszustand nach Entlassung			
hat sich verschlechtert	15	98	113
ist gleich geblieben	38	74	112
hat sich verbessert	9	16	25

38 - 41 % gaben an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Fast ebenso viele empfanden keinen Unterschied. 7 - 14 % gaben sogar eine Verbesserung an.

Nach SHANAS und Mitarbeitern b) war die physisch-motorische Fähigkeit der Betagten sowie die Wohnumwelt eine Determinante für das Urteil über die eigene Gesundheit. Menschen über 80 Jahre neigten am ehesten dazu, ihre Gesundheit besser zu beurteilen, als jüngere zwischen 65 - 80 Jahren. Auch die Verwandten und Bekannten, an die sich die Alten im Krankheitsfall wandten, beurteilten deren Gesundheitszustand ähnlich optimistisch (SHANAS a). Daß sich ältere Leute weniger krank als jüngere fühlen, fand auch PFLANZ. Eine umfassende Studie an 1800 über 80jährigen in der UdSSR über subjektive Einschätzung von Gesundheit und Arzturteil ließ erkennen, daß sich einerseits weniger Betagte als ganz gesund einschätzten als dem Arzturteil entsprach. Andererseits aber stufte der Arzt deutlich mehr Personen als krank oder sehr krank ein, als das auf Grund der Selbstbeurteilung geschah (SACHUK). Der Verlust von Bekannten und Verwandten im hohen Alter führte zu einer Umdefinition der eigenen Gesundheitssituation ins Negative (AMANN). BLUME b) sagte, daß sich 60-65jährige ebenso häufig als krank bezeichneten wie über 65jährige. Die dichteste

Nennung ermittelte er mit etwa 50 % bei den Männern und 48 % bei Frauen in der Altersstufe 66 - 70 Jahre. TISMER fand, daß die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit weniger vom Alter als vielmehr vom sozialen Status abhing. Hinsichtlich ihrer Gesundheit besser Eingeschätzte empfanden Veränderungen im physischen Bereich offenbar stärker als eine Gruppe weniger Gesunder (OPGENOORTH). Er erklärte das durch den Wunsch der alten Kranken nach Zufriedenheit.

Fähigkeit zur Selbstversorgung

Hierzu wurden vier Abstufungen unterschieden:

1. Keine Abhängigkeit von regelmäßiger Hilfe

Dazu zählten alle Patienten, welche die regelmäßigen Erledigungen des täglichen Lebens selbständig durchführen konnten.

2. Teilweise von fremder Hilfe abhängig

Dieser Gruppe wurden diejenigen zugeteilt, die die regelmäßige Erledigung des täglichen Lebens nicht ohne fremde Hilfe schafften, sich aber sowohl mit oder ohne Rollstuhl oder Stock unabhängig bewegen, die gesamte persönliche Hygiene allein durchführen, sich selbst anziehen und selbst essen konnten als auch noch die volle Kontrolle über Blasen- und Darmfunktion hatten oder Dauerkatheterträger waren.

3. Überwiegend von fremder Hilfe abhängig

Das betraf die, welche sich nur mit fremder Hilfe bewegen konnten und/oder nur mit Hilfe die persönliche Hygiene, das Anziehen und Essen durchführen konnten. Die Blasen- und Darmfunktion konnte dabei erhalten oder eingeschränkt sein.

4. Vollständig von fremder Hilfe abhängig

Der Untersuchte konnte in Stuhl oder Lehnstuhl nur mit Hilfe sitzen, war höchstens in der Lage, sich Gesicht und Hände zu waschen, war beim Anziehen vollständig von fremder Hilfe abhängig und konnte nicht selbst essen. Die Blasen- und Darmfunktion war erhalten oder eingeschränkt.

Tab. 22:

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Fähigkeit zur Selbstversorgung			
nicht von regelmäßiger Hilfe abhängig	5	10	15
teilweise von fremder Hilfe abhängig	35	101	136
überwiegend von fremder Hilfe abhängig	12	41	53
vollständig von fremder Hilfe abhängig	10	36	46

Von den 250 Besuchten waren 151 nach mindestens einem Jahr und drei Monaten nicht oder nur teilweise von fremder Hilfe abhängig. Das waren 54 - 66 %.

Diese Beurteilung entsprach den Fähigkeiten der voll rehabilitiert Entlassenen. Von den 250 Untersuchten waren 230 als voll rehabilitiert entlassen worden. Im Durchschnitt lag bei den Besuchten die Entlassung drei Jahre und ein Monat zurück. Unter Einschränkung der teilweise subjektiven Bewertung der Fähigkeit zur Selbstversorgung durch den Untersucher zeigte sich, daß ca. 3 Jahre nach Entlassung nur 79 der noch lebenden Patienten deutlich abhängiger von fremder Hilfe wurden. ROSIN b) fand heraus, daß von 63 geriatrischen Patienten, die 6 Monate nach Entlassung noch lebten, 44 gesund waren. 50 von ihnen

lebten noch nach einem Jahr. 30 bezeichnete er als gesund. Allerdings nannte er keine Kriterien für die Beurteilung "gesund".

Um Anhaltspunkte zu erhalten, wovon ein längerer Verbleib in der Häuslichkeit abhängen könnte und ob die Entlassungen so immer sinnvoll waren, wurden verschiedene Patientengruppen miteinander verglichen.

Zuerst wurde einmal angenommen, daß ein voll Rehabilitierter länger ein weitgehend selbständiges Leben führen konnte, als einer, der bei Entlassung nur teilweise rehabilitiert war oder sogar gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen wurde. Zur Überprüfung dieser Annahme wurden die Entlassenen in voll Rehabilitierte und eine Restgruppe unterteilt. Letztere setzte sich aus den als teilweise rehabilitiert Beurteilten, den gegen ärztlichen Rat Entlassenen und den Patienten zusammen, die entlassen wurden, weil Angehörige die Pflege übernahmen. Die folgende Tabelle zeigte die Zahl der Patienten beider Gruppen, die die angegebenen Zeiträume zu Hause oder im Altenheim verbrachten.

Tab. 23:

Zeitraum, der in Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	voll Rehabilitierte	Restgruppe	χ^2
unter 1 Jahr	142	52	5,822
über 1 Jahr	332	74	
unter 2 Jahre	188	72	8,833
über 2 Jahre	217	44	
unter 3 Jahre	202	81	11,001
über 3 Jahre	155	28	
unter 4 Jahre	214	82	4,063
über 4 Jahre	102	23	

Von den voll Rehabilitierten hatten 142 unter einem Jahr und 332 über ein Jahr außerhalb eines Pflegeheimes oder Krankenhauses leben können. Beim Restkollektiv waren es 52 und 74 Entlassene. Nach dem χ^2 -Vierfeldertest betrug $\chi^2_{5,822}$. Es bestand also ein Unterschied, da χ^2 größer als 3,841 war.

Der Vergleich der beiden Kollektive mit den Zeiträumen von unter und über 2, 3, sowie 4 Jahren zeigte ebenfalls einen Unterschied. Damit bestätigte sich, daß die Gruppe der voll rehabilitiert Beurteilten auch am längsten in häuslicher Umgebung verbringen konnte.

Einen Vergleich der Patienten, die gegen ärztlichen Rat entlassen wurden mit den übrigen wurde im folgenden angestellt:

Tab. 24:

Zeitraum, der in Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	gegen ärztlichen Rat Entlassene	Restgruppe	χ^2
unter 1 Jahr	34	160	11,506
über 1 Jahr	32	374	
unter 2 Jahre	44	216	13,653
über 2 Jahre	17	244	
unter 3 Jahre	48	235	9,816
über 3 Jahre	12	171	
unter 4 Jahre	51	245	9,052
über 4 Jahre	7	118	

In allen vier Vergleichsgruppen existierte ein Unterschied. Damit ließ sich bestätigen, daß ein voll Rehabilitierter, auch wenn seine Verweildauer im Krankenhaus längere Zeit als die des Gesamtkollektivs betrug, länger in der Wohnung oder dem Altenheim leben konnte. Die gegen ärztlichen Rat Entlassenen aber schnitten bedeutend schlechter ab. Besonders auffäl-

lig war der Unterschied für die ersten beiden Jahre nach Entlassung. Die Aufschlüsselung nach dem Geschlecht ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 25:

Zeitraum, der in Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	Männer	Frauen	χ^2
unter 4 Wochen	12	28	0,0230
über 4 Wochen	182	378	
unter 3 Monate	31	49	1,415
über 3 Monate	163	357	
unter 6 Monate	45	79	1,119
über 6 Monate	149	327	
unter 1 Jahr	72	122	2,994
über 1 Jahr	122	284	
unter 2 Jahre	116	212	3,041
über 2 Jahre	78	194	
unter 3 Jahre	133	277	0,007
über 3 Jahre	61	129	
unter 4 Jahre	152	319	0,004
über 4 Jahre	42	87	
unter 5 Jahre	166	353	0,112
über 5 Jahre	28	53	

Für die Zeiträume von unter 4 Wochen bis über 5 Jahre bestand kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Männer und Frauen lebten also gleich lange in Wohnung oder Altenheim.

Weiter interessierte, ob eine Abhängigkeit zwischen Lebensalter und Dauer des Verbleibens in der Häuslichkeit bestand. Dafür wurden die Untersuchten in fünf Altersgruppen unterteilt. Die Auswertung erfolgte nach dem χ^2 -Kontingenztest. Die Signifikanzschranke der χ^2 -Verteilung betrug 11,070.

Tab. 26:

Zeitraum, der in Wohnung oder Altenheim ver- bracht wurde	bis 69 Jahre	70-74 Jahre	75-79 Jahre	80-84 Jahre	85 Jah- re u. älter	χ^2
unter 1 Jahr	27	33	49	45	36	4,768
über 1 Jahr	78	73	93	100	55	
unter 2 Jahre	37	42	62	69	50	15,233
über 2 Jahre	62	48	62	64	25	
unter 3 Jahre	37	46	66	84	50	24,906
über 3 Jahre	52	35	42	40	14	
unter 4 Jahre	45	51	71	84	45	15,966
über 4 Jahre	38	22	28	28	9	

Ob ein Patient weniger oder mehr als ein Jahr nach Entlassung noch in häuslicher Umgebung lebte, war nicht vom Alter abhängig ($\chi^2 < 11,070$). Bei den längeren Zeiträumen von 2,3 und 4 Jahren bestand eine deutliche Altersabhängigkeit. Das bedeutete, daß nach zwei Jahren die Jüngeren länger in der Wohnung oder dem Heim verbleiben konnten. Je älter dann einer war, desto eher war er verstorben oder erneut hospitalisiert.

Nach der Entlassung mußten 283 Patienten einmal, 47 zweimal, 14 dreimal und 11 mehr als einmal in einem Akutkrankenhaus stationär behandelt werden. 217 Entlassene wurden in eine Krankenanstalt für chronisch und alte Kranke eingewiesen, 16 davon zweimal und 2 sogar dreimal. 134 Patienten brauchten kein Krankenhaus aufzusuchen.

In Tabelle 28 sind diese Zahlen ebenso wie die Dauer der Aufenthalte näher aufgeführt.

Es wurden diejenigen ohne Krankenhausaufenthalt mit denen verglichen, die nur ein- oder mehrfach stationär behandelt werden

mußten. Herausgefunden werden sollte, ob diejenigen mit einem oder mehreren Krankenhausaufenthalten eher starben oder zum Dauerpflegefall auf einer Abteilung für chronisch Kranke wurden als die Entlassenen ohne späteren Krankenhausaufenthalt.

Tab. 27:

Zeitraum, der in Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	mit Kranken- hausaufent- halten	ohne Kranken- hausaufent- halte	χ^2
unter 1 Jahr	164	30	7,800
über 1 Jahr	302	104	
unter 2 Jahre	196	64	0,331
über 2 Jahre	191	70	
unter 3 Jahre	200	83	0,116
über 3 Jahre	132	51	
unter 4 Jahre	198	98	0,752
über 4 Jahre	89	36	

Patienten ohne Krankenhausaufenthalte hatten mehr Aussichten über ein Jahr in der Häuslichkeit zu verbringen als die, welche ein- oder mehrmals stationär behandelt wurden. Der χ^2 -Vierfeldertest zeigte nur hier einen Unterschied ($\chi^2 > 3,841$). Kein Unterschied wurde bei den längeren Zeiträumen gefunden. So war es nicht mehr von Aufenthalten im Krankenhaus abhängig, ob ein Entlassener über oder unter zwei, drei oder vier Jahre im Altenheim oder der Wohnung lebte.

Tabelle 23

Aufenthalte in Akut-Krankenhäusern und auf Abteilungen für chronisch Kranke sowie die Gesamtverweildauer nach Entlassung, bezogen auf die Zahl der Patienten

a	Krankenhaus- aufenthalte			Aufenthalte auf einer Abt. f. chron. Kranke			Zeiddauer dieser Aufenthalte insgesamt										Pat. ohne Krankenhaus- oder Hospital- aufenthalte
	1	2	3 mehr als 3	1	2	3	bis 4 Wochen	1 - 3 Monate	3 - 6 Monate	6 - 12 Monate	über 1 Jahr	über 2 Jahre	über 3 Jahre	über 4 Jahre	über 5 Jahre		
1963	10	1	1	9			6	2	2	3	1		2		1	5	
1964	19	4	2	17	1	1	12	5	5	4	4	3	1			5	
1965	26	4	1	18	4	1	15	10	5	4	3	2		1		7	
1966	34	5	1	23	2		21	15	6	1	3	3	2	1	1	9	
1967	40	5	2	32	2		21	14	8	10	6	1	3			10	
1968	39	11	4	14			22	24	5	4	6	1	1	1		12	
1969	32	3	1	16	2		20	6	6	3	4	3				10	
1970	20	4	2	15			11	9	4	4	3	2		1		16	
1971	22	5		14	2		14	9	4	3	2		2			11	
1972	22	3	2	20	3		12	9	4	4	5	3				18	
1973	20	2	2	21			11	11	8	9	4	1				31	
b	283	47	14	11	199	16	2	165	114	57	49	41	19	11	4	2	134

a) Entlassungsjahrgang b) Zahl der Patienten aller Entlassungsjahrgänge

Bei einigen Patienten, die zur Entlassung vorbereitet wurden, war zu überlegen, ob man ihnen raten sollte, ins Altenheim zu ziehen oder in die Wohnung zurückzukehren. Einen Vergleich zwischen den voll rehabilitiert in die Wohnung und ins Altenheim Entlassenen zeigt die nächste Tabelle.

Tab. 29:

Zeitraum, der in Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	voll Rehabilitierte		χ^2
	entlassen nach Altenheim	entlassen in die Wohnung	
über 1 Jahr	245	88	1,559
über 2 Jahre	171	56	
über 3 Jahre	118	43	
über 4 Jahre	78	28	
über 5 Jahre	52	16	

Nach dem χ^2 -Kontingenztest war kein Unterschied festzustellen. Innerhalb der verglichenen Zeitspannen bis über fünf Jahre lebten die ins Altenheim Entlassenen ebenso lange dort, wie die in die Wohnung Entlassenen zu Hause.

Die Untersuchung gab ebenfalls Aufschluß darüber, ob die von ihren Angehörigen Gepflegten längere Zeit in der Wohnung verbrachten als die übrigen nach Hause Entlassenen. Letztere mußten sich entweder selbst versorgen oder wurden von fremden Personen oder Bekannten betreut.

Diese Beurteilung war natürlich sehr schwierig, wenn man nicht gleichzeitig die vorliegenden Krankheiten analysierte.

Tab. 30:

Zeitraum, der in der Wohnung verbracht wurde	versorgt durch Angehörige	allein, von Bekannten oder Fremden versorgt	χ^2
unter 1 Jahr	64	24	6,728
über 1 Jahr	91	63	
über 2 Jahre	57	39	
über 3 Jahre	40	29	
über 4 Jahre	27	23	

Nach dem χ^2 -Kontingenztest bestand kein Unterschied. Die Betreuung durch die Angehörigen verlängerte in den hier verglichenen Zeiten nicht die Verweildauer in der Wohnung.

Der nächste Vergleich wurde zwischen Verheirateten und Alleinstehenden durchgeführt.

Tab. 31:

Zeitraum, der in der Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	Verheiratete	Alleinstehende	χ^2
bis 4 Wochen	6	34	0,838
bis 5 Monate	12	68	
bis 6 Monate	23	101	
bis 12 Monate	36	159	
bis 24 Monate	55	274	
über 1 Jahr	63	342	0,493
über 2 Jahre	44	226	
über 3 Jahre	30	158	
über 4 Jahre	19	109	
über 5 Jahre	11	69	

Der χ^2 -Kontingenztest zeigte für beide Zeitvergleiche keinen Unterschied ($\chi^2 < 11,070$). Damit lebten Verheiratete nicht signifikant länger in der Häuslichkeit (Wohnung oder Altenheim) als Alleinstehende.

LAST b) nannte unter den Faktoren, die beschleunigend auf den Alterungsprozess einwirken, auch den Familienstand. Ledige alterten schneller als Verheiratete. Ein geordnetes Familienleben, so beschrieb LEUTNER, erhöhte die Lebenserwartung, Verheiratete lebten länger als Ledige.

SILVER und ZUBERI betonten besonders die sozialen Faktoren, die ein längeres Verbleiben zu Hause beeinflussten. Da das Einkommen neben der Betreuung einen wesentlichen Faktor für die soziale Einstufung alter chronisch Kranker darstellte, wurden die Patienten mit dem höchsten und dem niedrigsten Einkommen verglichen.

Tab. 32:

Zeitraum, der in der Wohnung oder Altenheim verbracht wurde	Empfänger von Sozialunterstützung	Selbstzahler	χ^2
unter 1 Jahr	25	47	0,014
über 1 Jahr	53	108	
unter 2 Jahre	40	82	0,055
über 2 Jahre	38	73	
unter 3 Jahre	55	104	0,144
über 3 Jahre	23	51	
unter 4 Jahre	62	120	0,037
über 4 Jahre	16	35	
unter 5 Jahre	69	136	0,003
über 5 Jahre	9	19	

In den χ^2 -Vierfeldertesten waren keine Unterschiede zu erkennen. Innerhalb der verglichenen Zeiträume blieben verhältnismäßig ebenso viele Selbstzahler wie Sozialhilfeempfänger in Wohnung oder Heim. Also waren Patienten mit dem höchsten auch nicht länger in der Häuslichkeit verblieben als die mit dem niedrigsten Einkommen.

DISKUSSION

Rehabilitation war bei den hier entlassenen Patienten als aktivierende Pflege im Sinne von STEINMANN c) verstanden worden. Als Rehabilitationsziel galt bei den überwiegend Hochbetagten - der älteste Patient war 98 Jahre alt - das Unabhängigwerden von der Betreuung durch andere Menschen. Eine Altersgrenze wurde nicht gesetzt, da das kalendarische nicht mit dem biologischen Alter übereinstimmte (LAST b)).

Doch woran war ein Erfolg der Rehabilitation zu messen? Sicher konnte der medizinische Erfolg schon zum Zeitpunkt der Entlassung bestimmt werden. Doch schwieriger war das für die ebenso wichtige soziale Rehabilitation. Beide zusammen aber waren ausschlaggebend für ein Anhalten des Rehabilitationserfolges.

Ein Patient, der einen Schlaganfall erlitten oder mit einem degenerativen Hüftgelenksleiden im Krankenhaus lag, war nach einiger Zeit soweit gebessert, daß er wieder gehfähig wurde und so wieder die Fähigkeit zur Selbstversorgung erlangt hatte (medizinische Rehabilitation). Von längerer Dauer war dieser in der Klinik erreichte Erfolg aber nur, wenn der Rehabilitierte in eine Umgebung entlassen wurde, die ihm trotz der Restbehinderung eine selbständige Lebensführung ermöglichte (soziale Rehabilitation). Dazu zählten sowohl die altengerechte Wohnung oder das Heim als auch die sozialen Kontakte (Verwandte, Bekannte, Mitbewohner des Hauses, Sozialdienste, fahrbarer Mittagstisch usw.) (FALCK d)).

Von diesen Überlegungen ausgehend wurden die Ziele dieser Untersuchung bestimmt. Ein sicher erfaßbarer Parameter war die Zeit, die der Entlassene zu Hause oder im Altenheim verbrachte.

40 der 600 Patienten mußten innerhalb von vier Wochen erneut

ins Krankenhaus eingewiesen werden oder waren verstorben. Darunter waren 12 der 66 (10 - 30 %, die gegen ärztlichen Rat entlassen waren und 25 von 474 (4 - 8 %) der voll Rehabilitierten. Das war ein vergleichsweise geringer Teil. Diese 21 Patienten konnten auch nicht als "unrealistische Entlassungen" im Sinne von MAC LEOD angesehen werden. Denn zum Zeitpunkt der Entlassung mußte die Prognose noch als durchaus günstig angesehen werden. Als Beispiel konnte das Schicksal einer alten Frau dienen, die ins Altenheim entlassen wurde. Sie stürzte einen Tag später in ihrem Zimmer so unglücklich, daß sie sich den Schenkelhals brach, zur Operation ins Krankenhaus eingeliefert wurde und wenig später an einer Pneumonie starb.

Gesicherte soziale Verhältnisse, wie mehrfach betont, galten ebenfalls als wesentlicher Faktor für ein längeres Leben zu Hause (BLUME b), DELIUS et al., PFEISTER, KULENKAMPFF, LAST a), LEHR, RÜHLAND, SUCHET-KAYE, SILVER u. ZUBERI). Die hier Untersuchten entstammten fast durchweg den unteren sozialen Schichten. Nur 6 - 11 % hatten eine Berufs- oder Oberschule besucht (Tab. 7). 68 - 76 % waren Arbeiter, hatten gar nicht gearbeitet oder nur den eigenen Haushalt versorgt (Tab. 8). 33 - 41 % hatten bis zur Altersgrenze gearbeitet (Tab. 9) und 11 - 16 % bezogen ausschließlich Sozialunterstützung (Tab. 10 und 11). Viele lebten zusätzlich in schlechten Wohnverhältnissen. Gerade 10 - 15 % hatten zentralbeheizte Räume. Bei 27 - 35 % lag die Toilette außerhalb der Wohneinheit, und nur 2 - 5 % verfügten über einen Fahrstuhl (Tab. 12). Über die Hälfte lebte allein, und 36 - 44 % versorgten sich auch allein (Tab. 13). Von den 208 Alten, die noch erwachsene Kinder am Wohnort hatten, wurde weniger als die Hälfte durch die Kinder betreut (Tab. 14).

Diese schlechten und vielfach ungesicherten sozialen Verhältnisse führten nach Abschluß der Rehabilitation zu der hohen Zahl der Entlassungen in Altenheime (357). Auf diese Probleme wiesen auch andere hin (GÖSSLING, JUNKERSDORF, NASKE und Mit-

arbeiter). Dabei hatten nur 75 vorher in Heimen gelebt. Oft war es nicht möglich, die bestehende Wohnung während des stationären Aufenthaltes so zu verbessern, daß sie den Erfordernissen alter Menschen angepaßt war oder eine neue, möglichst in der alten Wohngegend zu finden. Obwohl die Forderung von PERGEAUX, die alten Menschen solange wie möglich im eigenen Heim zu belassen, möglichst berücksichtigt wurde.

In einigen Fällen war es für die Angehörigen nicht mehr möglich, die Versorgung des Betagten erneut zu übernehmen. Sie waren inzwischen dazu körperlich selbst nicht mehr fähig. Darum kam dann nur die Übersiedlung in ein Altenheim - mehrmals mit dem Ehepartner zusammen - in Betracht. NISBET beobachtete an Angehörigen chronisch kranker Patienten in 19 % nach der Entlassung ein bis zum körperlichen Zusammenbruch führendes Ausmaß an Anstrengung bei der Pflege des Kranken.

Trotz der oben geschilderten Problematik konnten noch 36 - 44 % in die Wohnung entlassen werden, denn unter Anwendung des Bundessozialhilfegesetzes wurden doch in vielen Fällen neue Wohnungen beschafft oder alte verbessert.

Ein signifikanter Unterschied in der Verweildauer zu Hause oder im Altenheim wurde nicht beobachtet. Verglichen hatte man nur voll Rehabilitierte, da alle nicht Rehabilitierten in die Wohnung entlassen wurden (Tab. 29).

Die Beurteilung "voll rehabilitiert" nach den auf Seite 17 aufgestellten Kriterien, bestimmte signifikant die Dauer des Verbleibens in der Häuslichkeit (Tab. 23). Das war zu erwarten.

Desgleichen bestätigte sich, daß die Einwände gegen eine Entlassung von nicht Rehabilitierten berechtigt war. Es gehörten dazu die gegen ärztlichen Rat Entlassenen. Bei ihnen war eine Entlassung in die Wohnung - es handelte sich ausschließlich um Entlassungen dorthin - ärztlicherseits nicht vertretbar.

Neben dem schlechten körperlichen Zustand fehlte es diesen Alten auch an Betreuung. So konnten deutlich weniger Patienten, die gegen ärztlichen Rat entlassen waren, über ein bis vier Jahre in der Häuslichkeit leben als die übrigen Patienten. Zu Letzteren zählten sogar noch die nicht Rehabilitierten, bei denen Angehörige dann die Pflege übernahmen (Tab. 24).

Ein Geschlechtsunterschied war, trotz der statistisch niedrigeren Lebenserwartung bei Männern, nicht zu finden. Eine Erklärung wäre, daß Männer, wenn sie erst einmal ein hohes Alter erreicht hatten, ebenso alt werden konnten wie Frauen. Zumal beide Geschlechter einen vergleichbaren Gesundheitszustand boten. Die Altersverteilung war bei beiden gleich.

Das Lebensalter aber war wesentlich für ein längeres Verbleiben in Wohnung oder Altenheim. Allerdings hatte das Alter keinen Einfluß auf die relativ kurze Zeitspanne von einem Jahr. Ob ein Betagter unter oder über ein Jahr nach Entlassung noch außerhalb einer Krankenanstalt lebte, war nicht vom Lebensalter abhängig (Tab. 26). Das Ergebnis verwunderte nicht. Denn mit der Zahl der Jahre seit der Entlassung sank auch die Lebenserwartung, zumal es sich um chronisch kranke Personen handelte.

Interessant war das Ergebnis des Vergleichs zwischen Personen mit und ohne Krankenhausaufenthalte nach Rehabilitation. Der Vergleich über den Zeitraum von einem Jahr zeigte, daß mehr Patienten ohne einen stationären Aufenthalt in der Häuslichkeit verbrachten. Die anderen Vergleichszeiträume von zwei, drei und vier Jahren ließen keinen Unterschied erkennen (Tab. 27). Von denjenigen, die körperlich am meisten beeinträchtigt waren, mußten mehr innerhalb des ersten Jahres wieder in ein Krankenhaus eingewiesen und dann entweder hospitalisiert werden oder sie verstarben dort. So dürfte der Unterschied zu erklären sein.

Obwohl LAST b) und auch LEUTNER feststellten, daß Verheiratete länger lebten als Ledige, konnte das hier nicht bestätigt werden (Tab. 31). Vielleicht lag das daran, daß die beiden Autoren nur Patienten, die in privaten Haushalten lebten, untersucht hatten. Die hier untersuchten Alleinstehenden waren zum größten Teil in Altenheime gezogen.

Auch die Versorgung durch Angehörige verlängerte nicht die Zeiten, die zu Hause verbracht wurden (Tab. 30). Zu erwarten war, daß etwa Kinder ihre chronisch kranken Eltern länger zu Hause pflegten, wie z. B. NISBET es beschrieb. Daher könnte man annehmen, daß die Pflege in den Heimen oder durch Bekannte oder Fremde gegen Entgelt ebenso gut und anhaltend war. Jedoch hätte die Erhärtung dieser Hypothese genauere Untersuchungen erfordert.

Das folgende Ergebnis war ebenfalls nicht erwartet worden: Sozialhilfeempfänger (niedrigste Einkommen) und Selbstzahler (höchste Einkommensgruppe) waren über die verglichenen Zeiträume ohne Unterschied verteilt. Der Betagte mit dem höchsten Einkommen konnte also auch nicht länger in Wohnung oder Altenheim leben. Die von BLUME b) hervorgehobene Abhängigkeit zwischen Einkommen und Gesundheit war bei den hier Untersuchten vielleicht nicht von so großer Bedeutung, weil die überwiegend alleinstehenden Sozialhilfeempfänger nicht wieder in die eigene Wohnung zurückgingen, sondern in städtische Altenheime übersiedelten. Dort war eine regelmäßige Versorgung unabhängig vom Einkommen gesichert. FISSENI b) fand, daß gerade die Heimbewohner mit dem niedrigsten Einkommen mit ihrer Situation am zufriedensten waren.

Diese Ergebnisse bestätigten insgesamt, daß sowohl die Vorbereitung auf die Entlassung wie auch die Beurteilung einer Fähigkeit der Selbstversorgung mit den daraus gezogenen Konsequenzen sinnvoll war. Die relativ lange Zeit, die viele der alten chronisch Kranken zu Hause oder auch im Altenheim leben konnten, rechtfertigte die "aktivierende Pflege" in der geria-

trischen Klinik. Bei den hohen Kosten, die Krankenhauspflege erforderte und der Auswirkung auf den Bedarf an Krankenhausbetten in einer Großstadt mit hohem Anteil alter Menschen war auch aus diesen Gründen die Rehabilitation sinnvoll.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde das Schicksal von 600 Patienten einer Inneren Abteilung für chronisch und alte Kranke nach ihrer Entlassung verfolgt. Das Durchschnittsalter betrug 76,4 Jahre. Nach einem Jahr lebten 406 Patienten und nach 2 Jahren noch die Hälfte in Wohnung oder Altenheim. Nur 40 Entlassene mußten innerhalb von 4 Wochen erneut hospitalisiert werden oder waren verstorben. Die Entlassung lag zwischen ein und elf Jahre zurück. Untersucht wurde u. a., wie lange sie nach der Entlassung noch in der Wohnung oder dem Altenheim lebten und was die Länge dieser Verweildauer in der Häuslichkeit beeinflußte. Die untersuchten Parameter waren: Alter, Geschlecht, Familienstand, Betreuung durch Angehörige, Krankenhausaufenthalte nach Entlassung und Einkommen, sowie Vergleiche zwischen voll Rehabilitierten und nicht oder teilweise Rehabilitierten und weiter eine Gruppe von Patienten, die gegen ärztlichen Rat entlassen wurden, mit dem Restkollektiv.

LITERATURVERZEICHNIS

ANANN, A.

Brief: Kritische Bemerkungen zum Begriff der Gesundheit
in der sozialen Gerontologie
J. f. Geront. Bd. 6, Heft 4 : 316 (1973)

ASTLEEE, L.

Modern hospital treatment and the pensioner
Lancet II : 71 - 7 (1971)

ARNOLD, J. and EYTON-SMITH, A. M.

The Geriatric department and the community
Lancet II : 1 - 3 (1972)

BERLINER STATISTIK

a) Statistische Berichte (A 1 8-70)

Kulturbuch-Verlag Berlin (Juni 1971)

b) Sterbetafel 1970-72 für Berlin (West)

Kulturbuch-Verlag Berlin, 3 : 15 - 16 (1971)

ELEUFL, H. P.

Alte Menschen in Deutschland

Carl Hanser, München, S. 24 (1972)

BLUME, O.

a) Alte Menschen in einer Großstadt

Schwarz u. Co., Göttingen (1962)

b) Subjektiver Gesundheitszustand und sozialer
Status im höheren Lebensalter

Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront. Bd. 7 : 114-116 (1970)

Dr. Dietrich Steinkopf, Darmstadt

c) Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe

Mohr, Tübingen, S. 37 (1969)

BÜGER, J. und FLOTHO, A.

Beitrag zur häuslichen Situation entlassener Apoplektiker
Die Berl. Ärztekammer, Heft 9 : 299 - 302 (1970)

BOVI, A.

Wohnungswechsel und Geisteskrankheiten
Der Nervenarzt, 38 : 251 - 296 (1967)

BROCKLEHURST, J. C. and SHERGOLD, M.

a) Old people leaving hospital -

A follow-up of 200 discharged geriatric patients
Geront.clin., II : 115 - 126 (1969)

b) What happens when geriatric patients leave hospital?

Lancet II : 1133 - 1135 (1968)

BRÜSCHKE, G.; HAASE, J.; MEHLIS, E.; PÖHLAND, W.; SCHULZ, F.H.
und SIGGELKOW, H.

Über besondere Aspekte, Indikationen und Risiken der
stationären Behandlung älterer Menschen

Das Dtsch. Gesundheitswesen, 28 : 1323 - 1326 (1969)

CLARK, A. N. G.

Residential care of the disabled aged
Geront. clin., 5 : 38 (1963)

CURRAN, A. P. and FERGUSON, T.

Further studies in hospital and community
Oxford University Press for Nuffield Provincials
Hospitals Trust (1962)

DALGLEISH, E. M. J. and BOYD, R. V.

Untrained physiotherapy helpers. An evaluation in a
department of geriatrics

Geront. clin., 9 : 149 (1967)

DEININGER, P.

Statistische Ergebnisse über die Lage der älteren Menschen
Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 4 : 186 - 203
Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

DELIUS, D. und KRAMER, F.

Die medizinische Rehabilitation bei alternden und alten
Menschen
Der Internist 3 : 209 - 219 (1962)

DIEKERSHOFF, K. H.

Sozialstatus und Verhaltensweisen älterer Menschen
Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 3 : 291 - 299
Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

DINSE, D.; FALCK, I.; KETTERER, D.; KRITZINGER, M; NAUJOCKS, E.
und SCHLENZIG, G.

Geriatrische Tagesklinik
Z. f. Geront., 8 : 491 (1975)

ESTAPE, R. und STEINMANN, B.

Rehabilitation in der Geriatrie
Z. f. Geront., 5 : 5 - 8 (1972)

EUROPARAT - MINISTERKOMITEE

Zur sozialmedizinischen Politik für alte Menschen.
Entschließung (70) 16, in:
Z. f. Geront., Heft 4 : 290 - 297 (1971)

FALCK, I.

a) Der chronisch und alte Kranke
MMW 26 : 1421 - 1427 (1969)

b) Geriatrie in Berlin

Z. f. Geront., Bd. 4 : 1 - 8 (1971)

c) Diskussionsbeitrag zu : Was ist ein Pflegefall
im Krankenhaus von Kramm, H.

Dtsch. Ärzteblatt, Heft 18 : 1136 - 1137 (1972)

d) Geriatrie und Resozialisation

Med. Klin. 67 : 1315 - 1318 (1972)

FISSENI, H. J.

a) Anpassung an das Leben im Altersheim

Act. Geront. 4 : 711 - 715 (1974)

b) Zur Situation von Frauen in Altersheimen:

Ergebnisse einer Tageslaufanalyse

Act. Geront. 4 : 29 - 32 (1974)

GEHLEN, A.

Antropologische Forschung

Dtsch. Enzykl. Bd. 138, Rowohlt, Hamburg (1961)

GERCKE, W.

Möglichkeiten und Grenzen der Erfolgsbeurteilung
in der Gerontologie in Alter und Physiotherapie

(2. Bad Sodener Geriatisches Gespräch 1970)

F. K. Schattauer, Stuttgart - New York (1970)

GLEISNER, M. M.

Erfahrungen aus der Altersfürsorge in den USA

Der Med. Sachverständige, 1 : 16 - 20 (1966)

GÖSSLING, S.

Der alte Mensch im Heim

Act. Geront., 3 : 511 - 514 (1973)

GRIEGER, H.

Alte Menschen in stationärer Behandlung

Z. f. Alternsforschung, 25 : 57 - 60 (1971)

HARMSSEN, H.

Die Wohnung als Heim des alten Menschen

Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 3 : 320 - 325

Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

HELLERSTEIN, H. K.

Rehabilitation of patients with coronary heart diseases

In : Cardiologie, Bd. 4, herausgegeb. von Luisada, A.,

Mc. Graw-Hill Book Comp., New York - Toronto - London (1959)

HOMBERGER, F.

Ärztliche Betreuung der Alternden und chronisch Kranken

Karger, S., Basel und New York (1957)

JOSSELYN, J. M.

Psychosocial problems of the cardiovascular patient.

In : Cardiologie, Bd. 4, herausgegeb. von Luisada, A.,

Mc. Graw-Hill Book Comp., New York - Toronto - London (1959)

JUNKERSDORF, J.

Die Heimunterbringung alter Menschen

Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 4 : 210 - 215,

Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

KIELHOLZ, P.

Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven
Zustandsbilder

Acta psychosomatic., Nr. 2, Documenta Geigy, Basel (1959)

KULENKAMPPF, C.

Der chronische Patient als Bürde im sozialen Umfeld

Dtsch. Med. Jour., 21 : 1446 - 1451 (1970)

LAST, G.

a) Arbeit und Verhalten im Alter

MMW, 46 : 2087 - 2091 (1970)

b) Zur Altersproblematik

MMW, 8 : 425 - 428 (1969)

LEHR, U.

Rehabilitation - Intervention - nicht nur ein medizinisches
Problem

Med. Klin., 70 : 456 - 461 (1975)

LEUTNER, R.

Weshalb leben Verheiratete länger?

Gesundheitsfürsorge, 18 : 91 (1968)

LINGESLEBEN, O.

Die Bedeutung von Geschlecht und Familie im Alter

Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 3 : 300 - 304

Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

LONG, Ch. und HELLERSTEIN, H. K.

Rehabilitation in cerebral and peripheral arteriosclerosis

In : Cardiologie, Bd. 4, herausgeb. von Luisada, A.

Mc Graw-Hill Book Comp., New York - Toronto - London (1959)

MAC LEOD, R. D. M.

Unrealistic discharges

Geront. clin., 12 : 33 - 39 (1970)

MÜLLER-FAHLBUSCH, H. und IHDA, S.

Endogene Depression bei Wohnungswechsel

Der Nervenarzt, 38 : 247 - 251 (1967)

MUNNICH, J. M A.

Die Familie im Alter

Act. Geront., Bd. 1: 167 - 171 (1971)

NASKE, R.; ZAPOTOCZKY, H. G. und ZAPOTOCZKY, K.

Zum Problem alter Menschen in Heimen. Eine Untersuchung
in zwei österreichischen Altersheimen.

Act. Geront., 3 : 549 - 558 (1973)

NISBET, N. H.

Who benefits?

Lancet, I : 133 - 135 (1970)

OPGENOORTH, W. P.

Zur subjektiven Sicht der Leistungsveränderung im höheren
Alter

Act. Geront., Bd. 1 : 149 - 152 (1971)

PERGEAUX, Y.

Les personnes âgées et la société

1er Cours International de Gériontologie sociale,

Centre International de Gériontologie sociale, Paris (1970)

PFISTER, H. O.

Die präventive Bedeutung der häuslichen Betreuung Betagter

Z. f. Präventivmed., 16 : 105 - 108 (1971)

PFLANZ, M.

Sozialer Wandel und Krankheit

Ferdinand Enke (1962)

RANG, M.

Incidence of complications among elderly hospital patients

Lancet, I : 401 - 402 (1957)

ROSENMAYR, L. und KÖCKEIS, E.

Umwelt und Familie alter Menschen

a) Seite 63

b) Seite 81 - 84

c) Seite 152

Luchterhand, Neuwied und Berlin (1965)

ROSIN, A. J.

a) Evaluation of treatment of geriatric patients in hospital

Geront. clin., 6 : 238 (1964)

b) Why were they in hospital so long?

Geront. clin., 12 : 40 - 48 (1970)

ROSIN, A. J. and BOYD, R. V.

Complications of illness in geriatric patients in hospital

J. Chron. Dis. 19 : 307 (1966)

RÜHLAND, W.

Möglichkeiten der Rehabilitation und Durchführung einer
Arbeitstherapie bei geriatrischen Patienten

Z. f. Alternsforschung, 22 : 129 - 136 (1969)

RUSTERMEYER, J.

Soziale Eingliederung alter Menschen

Med. Klin., 70 : 126 (1975)

SACHUK, N. N.

Population longevity study: sources and indices

J. Geront. 25 : 262 - 264 (1970)

SALM, H.

Körperlich begründbare Psychosen im Alter

MMW, 112 : 1041 - 1045 (1970)

SENATOR FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Altenhilfebericht : Übersicht über Grundlagen, Stand und
erkennbare Aufgaben der Hilfe für ältere Bürger in Berlin

Herausgeg. von Senator für Arbeit und Soziales - Soz 1972

SHANAS, E.

a) The health of older people, a social survey

Cambridge, Mass. (1962)

SHANNAS, E.; TOWNSEND, P.; WEDDERBURN, D.; FRIIS, H.;

MILHOJ, P. and STEHOUWER, J.

b) Old people in three industrial societies

New York - London (1968)

SIGLER, L. H.

Cardiac disease and industry

In : Cardiology, Bd. 5, herausgeg. von Luisada, A.

Mc Graw-Hill Book Comp., New York - Toronto - London (1959)

SIVER, C. P. and ZUBERI, S. J.

Prognosis of patients admitted to a geriatric unit

Geront. clin., 7 : 348 - 357 (1965)

SUCHETT-KAYE, A. J.; SARKAR, U.: ELKAN, G. and WARING, M.
Physical mental and social assessment of elderly patients
suffering from cerebrovascular accident with special
reference to rehabilitation

Geront. clin., 13 : 192 - 206 (1971)

SCHETTLER, G.

Der Mensch und seine Jahre

Dtsch. Med. J., 10 : 297 - 308 (1971)

SCHMITZ-SCHERZER, R.

a) Freizeit und Alter

Phil. Diss., Bonn (1969)

b) Freizeitpsychologie und Rehabilitation

Z. f. Geront., Bd. 5 : 18 - 22 (1972)

c) Freizeit - Andragogik als Instrument der psychologischen
Rehabilitation

Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 4 : 284 - 289,

Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

SCHOLER, H.

Spitaltypen und Verweildauer

Der Krankenhausarzt, 11 : 341 - 345 (1967)

STEINMANN, B. und IMHOF, P.

a) Die Behandlung der Hemiplegie

Bern und Stuttgart (1955)

STEINMANN, B.

b) Die Behandlung der Hemiplegie (Rehabilitation)

Schweiz. med. Wschr., 89 : 239 (1959)

STEINMANN, B.

c) Rehabilitationsaufgaben in der Geriatrie

Therap. Umschau, 28 : 95 (1971)

STÖRMER, A.

- a) Die Bedeutung der Rehabilitation für die flexible
Altergrenze
Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 2 : 10 - 16,
Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1969)
- b) Kritische Gedanken zur Rehabilitation im Alter
Veröffentl. Dtsch. Ges. f. Geront., Bd. 4 : 253 - 257,
Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt (1970)

STOSSBERG, M.

Status und Rolle des alten Menschen in der Leistungsgesellschaft

Act. Geront., 1 : 131 - 133 (1971)

THOMAE, H.

Altern in einer Leistungsgesellschaft

Act. Geront., Bd. 1 : 127 - 129 (1971)

TISMER, K. G.

Leistungsfähigkeit in der Sicht älterer Menschen

Act. Geront., Bd. 1 : 153 - 157 (1971)

VISCHER, A. L.

Probleme der Geriatrie

In : Schweiz. med. Jahrb., Benno Schwabe u. Co., Basel (1961)

WILLIAMSON, J.; STOKOE, J. H.; GRAY, S.; FISHER, M.;

SMITH, A.; MC GHEE, A. and STEPHENSON, E.

Old people at home

Lancet, I : 1117 - 1120 (1964)

ZÜLCH, K. J.; BAADER, E. W.; DIERKES, E.; GÜNTZ, E.;

HEIN, J.; KROETZ, Chr.; MELIN, K. und RÜSKEN, W.

Rehabilitation (Gruppengespräch)

Verh. dtsch. Ges. inn. Med., 61 : 537 - 560 (1955)

LEBENS LAUF

Am 1.1.1941 wurde ich, Uwe Machinek, als Sohn des Schriftleiters Udo Machinek und seiner Ehefrau Elvira in Breslau geboren. Von 1948 - 1952 besuchte ich die Grundschule in Engerhufe, Kreis Aurich, Niedersachsen und von 1952 - 1961 die Oberschulen in Norden und Oldenburg in Oldb., die ich mit der Reifeprüfung abschloß. 1961 - 1962 entrichtete ich den Grundwehrdienst bei der Bundeswehr. 1962 - 1968 studierte ich an der Freien Universität Berlin Humanmedizin. Nach anschließend einjähriger Medizinalassistentenzeit erhielt ich am 2.1.1970 die Approbation als Arzt. Vom 2.1.1970 bis 31.5.1971 begann ich die Ausbildung zum Facharzt der Inneren Medizin am Städt. Krankenhaus für Chronisch- und Alterskranke Berlin-Charlottenburg. Dann arbeitete ich als ärztlicher Betreuer einer archäologischen Ausgrabung (Deutsche Orientgesellschaft) in Syrien. Vom 1.7.1972 bis 30.10.1973 war ich auf der Anästhesie-Abteilung des Städt. Krankenhauses Wilmersdorf in Berlin beschäftigt. Seit dem 1.11.1973 bin ich als wissenschaftlicher Assistent am Institut für Anaesthesiologie im Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin tätig.

